

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y
CIRUGÍA

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Diabetes Mellitus tipo 2, de
pacientes que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

AUTORES:

Br. Elías Moisés López Álvarez
Br. Walkenia Beatriz Meza Quezada

TUTOR:

Dr. Carlos Alberto Brenes Silva
Especialista en Medicina Interna

MANAGUA, NICARAGUA

Octubre 2017

I. DEDICATORIA

A Dios.

Por brindarnos el don de la vida, por acompañarnos y sostenernos en cada momento, especialmente los más difíciles, y por iluminar nuestra mente y corazón.

A Nuestros Padres.

Por su apoyo incondicional, por sus esfuerzos titánicos para sacarnos adelante, por ser nuestro roble y nuestro ejemplo de vida.

II. AGRADECIMIENTO

Antes que nada, gracias a Dios, sin Él nada es posible.

A nuestros padres, porque esta batalla ha sido liderada juntos, tanto sus consejos, sus regaños, como sus valores enseñados han sido fundamentales en nuestro desarrollo, la victoria es nuestra.

Gracias especiales al Dr. Freddy Solís Díaz por habernos guiado y animado con esta investigación, al Dr. Carlos Brenes Silva por su apoyo científico.

A los recursos del centro de salud de Paiwas, por permitirnos realizar el estudio, así como por toda la ayuda brindada, y a todas aquellas personas que participaron en la encuesta.

Gracias totales.

III. OPINIÓN DEL TUTOR

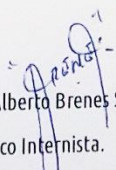
Opinión del Tutor

Al hablar de diabetes mellitus en este siglo XXI, ya no se trata de hablar de un simple síndrome, sino que hablamos acerca de una patología muy compleja que está causando muchos estragos en la población de toda Latinoamérica y el mundo entero, de manera específica en aquella parte de la población que se encuentra en edad productiva en la cual la esperanza de vida y su calidad se ve empobrecida, causando serios gastos a la salud pública y al ingreso económico en cada familia donde no solamente existe un miembro, sino varios miembros de la misma afectados por este mal, que como podremos observar en el presente trabajo investigativo aún existe mucho terreno que recorrer desde el punto de vista preventivo y educativo, lo cual considero es la herramienta más valiosa y económica con la que contamos para poder ponerle un freno a esta enfermedad que ha llegado al punto de ser reconocida como una enfermedad crónica, degenerativa, progresiva pero controlable.

Latinoamérica presenta una elevada prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 20 años y fluctúa entre el 8-10%. Y esta prevalencia se ha incrementado acorde con el patrón epidemiológico mundial; no obstante es particularmente elevada en Latinoamérica debido a las características genéticas de la población, hábitos inapropiados de alimentación y el sedentarismo, que vinculados al síndrome metabólico y a la falta de educación han encontrado un ambiente propicio para su expresión con nuestro estilo de vida tradicional.

Tomando en cuenta lo anterior, considero que el presente tema investigativo y los valiosos resultados que se han obtenido del mismo han de servir de incentivo y estímulo para que las autoridades de salud en nuestro país puedan considerar elaborar normas y preparar recursos orientados al aspecto educativo y preventivo, pero de una manera continua, para que de manera paulatina y progresiva nuestra población vaya adquiriendo conciencia del importante rol que juega en la calidad de vida de cada persona en particular el cambiar el rumbo de nuestros hábitos alimentarios, crear el hábito de una vida sana donde podamos incluir en nuestro horario de cada día al menos 30 minutos de ejercicio aeróbico y/o de resistencia; decirle no al tabaco y no al alcohol e ir fomentado estas recomendaciones incluso en los programas educativos tanto de la primaria, secundaria y la universidad.

Felicito de manera muy especial a estos dos jóvenes que con tanto esfuerzo y sacrificio han dedicado su mejor esfuerzo para llevar a feliz término esta valiosa investigación y les insto a que no dejen sus recomendaciones en un escrito, sino que nunca se cansen en su práctica médica de ejercer esa labor educativa y preventiva que tanto necesita nuestra nación en el ámbito de esta nefasta enfermedad.


Dr. Carlos Alberto Brenes Silva.

Médico Internista.

Código MINSA 6685.

IV. RESUMEN

Se realiza estudio con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Diabetes Mellitus tipo 2, de pacientes que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016. Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal. Lugar: Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando”. Material y método: El estudio se realizó con un universo de 1,238 pacientes que son atendidos en consulta general, se hizo un muestreo no probabilístico, por conveniencia donde se realizó una encuesta que evaluaba los conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus asimismo se calculaba índice de masa corporal y se encuestaron a 120 pacientes que no padecen de Diabetes, hombres y mujeres mayores de 30 años durante el período de noviembre del año 2016. Resultados: El 21.7% de los pacientes poseen conocimientos adecuados, el 86.7% manifiesta actitudes que son adecuadas y el 58% de los pacientes evaluados realizan prácticas adecuadas con relación a la diabetes y a un buen estilo de vida. De acuerdo al índice de masa corporal, se observó que 30.8% conserva IMC normal, 27.5% muestra sobrepeso, 19.2% tiene obesidad I, 6.7% posee obesidad II y el 5% padece obesidad III. Igualmente se distinguió el 58.3% con perímetro abdominal alterado, mientras solo el 41.7% contaba con perímetro abdominal normal. Conclusiones: A pesar de poseer actitudes adecuadas, se evidencia una clara deficiencia en conocimientos sobre diabetes así como en práctica de actividades de prevención y buen estilo de vida. Se identificó un marcado predominio de índice de masa corporal en sobrepeso y obesidad acoplado a la prevalencia de perímetro abdominal alterado.

Palabras clave: *Diabetes Mellitus tipo 2, conocimientos, actitudes, prácticas, índice de masa corporal*

Contenido

I. DEDICATORIA	I
II. AGRADECIMIENTO.....	II
III. OPINIÓN DEL TUTOR.....	III
IV. RESUMEN.....	IV
V. INTRODUCCIÓN	1
VI. ANTECEDENTES	3
VII. JUSTIFICACIÓN	5
VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
IX. OBJETIVOS.....	8
X. MARCO TEÓRICO.....	9
XI. DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
1. <i>Tipo de Investigación</i>	<i>24</i>
2. <i>Universo.....</i>	<i>24</i>
3. <i>Muestra</i>	<i>24</i>
4. <i>Tipo de Muestreo</i>	<i>24</i>
5. <i>Unidad de Análisis.....</i>	<i>24</i>
6. <i>Criterios de Inclusión.....</i>	<i>24</i>
7. <i>Criterios de Exclusión.....</i>	<i>24</i>
8. <i>Fuente de Información.....</i>	<i>25</i>
9. <i>Técnica y Procedimiento de Recolección de la Información</i>	<i>25</i>
10. <i>Instrumento de Recolección y Análisis de la Información.....</i>	<i>25</i>
11. <i>Escala de Valores</i>	<i>26</i>
12. <i>Variables por Objetivos.....</i>	<i>27</i>
13. <i>Operacionalización de las Variables.....</i>	<i>28</i>

14.	<i>Cruce de Variables</i>	<i>31</i>
15.	<i>Aspectos Éticos</i>	<i>31</i>
XII.	RESULTADOS.....	33
XIII.	DISCUSIÓN Y ANALISIS.....	35
XIV.	CONCLUSIONES.....	37
XV.	RECOMENDACIONES.....	38
XVI.	BIBLIOGRAFÍA.....	39
XVII.	ANEXOS.....	42
1.	<i>Instrumento de Recolección</i>	<i>43</i>
2.	<i>Consentimiento Informado.....</i>	<i>45</i>
3.	<i>Tablas y Gráficos.....</i>	<i>46</i>

V. INTRODUCCIÓN

La transición demográfica experimentada en los países desarrollados y en muchos países en desarrollo se asocia a envejecimiento y a la prolongación de la esperanza de vida, lo que se ha visto acompañado de un importante incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus (DM), debido principalmente a estilos de vida no saludables (Wall S., 2000).

Actualmente, la diabetes es una causa importante de morbilidad y mortalidad, su prevalencia ha alcanzado proporciones epidémicas; se prevé que su número aumente de 170 millones en 2000 a aproximadamente 370 millones en 2030; esta expectativa de crecimiento se basa en la prevalencia alta de las condiciones que preceden a la diabetes como lo son factores que se engloban en el llamado Síndrome Metabólico (Wild, Roglic, Sicree, King, 2004).

Según publicaciones del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el porcentaje de muertes por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus y las enfermedades hipertensivas están dentro de las 10 principales causas de mortalidad en Nicaragua con un incremento considerable durante las últimas dos décadas (MINSA 2000, OPS 2007).

Es evidente entonces que la salud de un individuo depende de una diversidad de elementos que influyen proporcionalmente en la aparición, curso, o resolución de muchas patologías; destacándose principalmente componentes como estilos de vida, conocimientos, exposición a factores de riesgo, oportunidades de acceso, promoción y prevención. Las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus no se encuentra exentas de esto, por lo cual disminuyendo los factores de riesgo, decrecerá la aparición de las mismas (Estrada N. 2010).

A raíz de lo anterior también es necesario conocer el contexto del paciente, como percibe y que hace con su enfermedad, por lo que se plantean diferentes estrategias para determinar dicho contexto, una de ellas es la implementación de estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP); estos son cuestionarios, que presentan una selección de los temas a evaluar y que constituyen una base eficaz para satisfacer las necesidades del estudio ya que dichas preguntas tienden a revelar no sólo los rasgos característicos de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la salud relacionados con factores religiosos, sociales, tradicionales, sino también la idea que cada persona tiene de su cuerpo o de la enfermedad (Gumucio Sybille, 2011).

Por las consideraciones anteriores, nuestro estudio pretende determinar los conocimientos, actitudes y practicas sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en población general así como presencia de obesidad central de la población en estudio.

VI. ANTECEDENTES

EN EL MUNDO

En Lima, Perú, en el año 2011 se efectuó un estudio cuantitativo, no experimental de corte transversal titulado: “Determinar / Identificar el nivel de conocimiento, actitudes y las prácticas de las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación Productos Unión y Editorial Imprenta Unión de la Universidad Peruana Unión”; su población fue de 80 personas tomada en un 100%, logrando encontrar conocimientos muy buenos a buenos en más del 51.3%, 33.7% regular, y sólo 3,7% malo; en cuanto a sus actitudes, el 97.4% favorable, 2.4 % desfavorable; a la vez, sus prácticas destacó el 37.5% regular, el 33,7% bueno, 28% malo (Tello Vásquez, 2011).

Se elaboró un estudio descriptivo, en un universo de 290 pacientes que asistieron a consulta en la Fundación Donum (Ecuador) entre marzo y julio de 2014 para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Diabetes Mellitus Tipo 2. Las edades oscilaron entre 33 y 98 años. El 46,21% tenían < de 10 años de evolución de la enfermedad. El nivel alto de conocimientos fue de 26,21%; el medio, de 68.97% y el bajo, de 4,83%. El nivel alto de actitudes de 6,55%; el medio de 35,17% y bajo de 58, 28%. El nivel alto de prácticas, de 80%; el medio, de 17.93% y el bajo, de 2,07% (Paccha Loayza, Muñoz Verdugo, & Juca Ortega, 2014).

EN NICARAGUA

Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal a 212 comerciantes del mercado municipal de Masaya, en edades correspondientes entre 15 años a 75 años de ambos sexos, diabéticos y no diabéticos, a través de encuestas directas. Los encuestados fueron clasificados en 106 diabéticos y 106 personas no diabéticas. Se concluyó que a mayor nivel de conocimiento mejor estilo de vida, por lo tanto, se debería educar más a esta población para que tengas más herramientas y puedan adoptar una mejor actitud ante la enfermedad lo que desarrollara mejores prácticas de salud y mejorar su calidad de vida. (Estrada N., 2010)

En el Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa se practicó un estudio tipo descriptivo, de corte transversal, empleado a pacientes mayores de 15 años, con diagnóstico de diabetes mellitus y atendidos en consulta externa; se encuestaron a 189 pacientes de los cuales el 59.3% de la población encuestada era mayor de 60 años. Con respecto a los conocimientos básicos, sobre el control glicémico y de la prevención y complicaciones acerca de Diabetes Mellitus de la población

en estudio se encontró que tenían buen nivel de conocimientos. La mayor actitud desfavorable la expresaron los que trabajadores activos posiblemente por su falta de tiempo. Los mayores de 60 años presentaron la actitud más positiva. (Fletes Bravo & Gaitán Hernández, 2014).

VII. JUSTIFICACIÓN

Nicaragua tiene una distribución de edad notablemente más joven, lo que implica que la urbanización continúa y la población envejece, por lo que la diabetes se convertirá en una prioridad de la salud pública cada vez mayor (Fundación Internacional para la diabetes, 2015).

La diabetes mellitus es problema de salud muy frecuente con tendencia a su incremento, para el 2015, se calculó que en Nicaragua había 275,900 casos de diabetes de 20 a 79 años y 110,40 casos no diagnosticados de diabetes con una prevalencia de 7,7%, hay 2.423,3 de muertes relacionadas con la diabetes entre las edades de 20-79 años y se estipula un gasto sanitario USD 67 millones, y el gasto medio USD 596.1 por persona diabética (Fundación Internacional para la diabetes, 2015).

En nuestro país queda mucho por hacer para poder prestar una atención integral a los pacientes, esto implica hasta la modificación de los modelos de atención médica para dirigirlos principalmente hacia la prevención así como diversas acciones de Salud Pública para la población. Pese se han realizado estudios previos para medir la frecuencia de la diabetes mellitus, así como estudios sobre los conocimientos de la enfermedad, las actitudes y prácticas relacionadas de estos pacientes, muchos de estas investigaciones se han realizado en áreas urbanas, y no en zonas rurales en donde estos pacientes tienen limitado acceso a servicios de salud y mayor incidencia de pobreza extrema. Según el INIDE el municipio de Paiwas, es clasificado con pobreza severa, con una incidencia extrema de 69%.

Al realizar un estudio CAP nos centramos en el conocimiento y las actitudes de los encuestados, consiguiendo identificar los conocimientos clave, las habilidades sociales y conocimientos compartidos por una población sobre cuestiones concretas, con el fin de proponer una estrategia de intervención en función de las circunstancias locales específicas y los factores culturales que influyen en ellos, para planificar las actividades más adecuadas para la población (Gumucio Sybille, 2011).

A raíz de lo anterior, es necesario conocer el contexto del paciente, como percibe y que hace con su enfermedad, ya que esto nos dará pautas importantes para mejorar las actividades de prevención hacia la enfermedad de tal forma que al mejorar su percepción y conocimiento también pueda disminuir los factores de riesgo que puedan desencadenar la patología.

Consideramos que el estudio será de mucha utilidad a la Comunidad y al Centro de Salud de Paiwas como fuente de información y a otras instituciones de la salud para establecer estrategias de prevención que contribuyan a un mejor control de la salud y bienestar biopsicosocial de los pacientes; así como la disminución del gasto económico, que conlleva la aparición de la enfermedad, al modificar aquellos factores de riesgo prevenibles.

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus ha mostrado incremento progresivo en su incidencia y prevalencia en todo el mundo. Continúa siendo un gran problema para la Salud Pública mundial y el número de pacientes día a día va en aumento. Los altos costos económicos que generan y el gran deterioro social que se produce requieren de medidas trascendentales para evitar sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Los múltiples programas preventivos que se han implementado aún no logran detener ni disminuir los casos de diabetes ni las complicaciones de esta patología.

Una diabetes no diagnosticada o mal controlada puede provocar la amputación de las extremidades inferiores, ceguera y enfermedad renal. La diabetes tiene como resultado unos altos costes sanitarios, la pérdida de productividad laboral y el descenso de los índices de crecimiento económico. En el mundo, los gastos sanitarios por diabetes se han elevado a 465.000 millones de USD en 2011, lo cual equivale al 11% del gasto sanitario total. Se ha documentado mediante estudios realizados a nivel mundial que se puede prevenir o retrasar notablemente las complicaciones de la diabetes, incluso la misma diabetes, si se reducen los principales factores de riesgo modificables: la falta de actividad física y la alimentación inapropiada o excesiva (Federación Internacional de Diabetes, 2011).

De acuerdo a varios estudios realizados, se ha demostrado que la diabetes puede prevenirse. Muchos de estos estudios se han realizado con personas que poseen una alta probabilidad de poder desarrollar diabetes, es decir, aquellas personas que ya poseen una anomalía en el metabolismo de la glucosa, aunque no hayan desarrollado diabetes. De estas personas, que son intolerantes a la glucosa, entre un 25 y un 50% desarrollará diabetes en los próximos cinco a diez años. Estudios que se han realizado en países como China, Suecia y más recientemente de Finlandia han demostrado en sus resultados que la aparición de la diabetes puede prevenirse, o al menos ralentizarse, si se tiene principalmente atención al ejercicio y la nutrición (Alberti SG, 2011).

La información es fundamental, pero también la sensibilización para prevenir la diabetes tipo 2 o retrasar la aparición de las complicaciones, por ello nos planteamos el siguiente problema:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Diabetes Mellitus tipo 2, de pacientes que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016?

IX. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Diabetes Mellitus tipo 2, de pacientes que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Objetivos Específicos:

- Describir las características socio demográficas de la población en estudio.
- Identificar los conocimientos que tienen los pacientes sobre la enfermedad de diabetes mellitus tipo 2.
- Establecer las actitudes que tienen los pacientes sobre diabetes mellitus tipo 2.
- Mostrar las prácticas que realizan los pacientes para prevenir dicha enfermedad.
- Mencionar el índice de masa corporal y perímetro abdominal en la población estudiada.

X. MARCO TEÓRICO

Conceptos

Es de gran importancia establecer una base a fin de proporcionar definiciones a algunas palabras para el mayor entendimiento el tema abordado.

Conocimiento: se define como el conjunto de acuerdos entre la comprensión y la ciencia; además es la capacidad de las personas de poder imaginar y poder percibir.

Actitud: gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable, se trata de un predicado de un comportamiento futuro, son estados de disposición a responder y actuar, es una forma de ser o bien una posición.

Práctica: acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo, tiene que ver con cosas concretas.

Comportamiento: acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas.

Diabetes: enfermedad crónica e irreversible del metabolismo de los carbohidratos con aumento excesivo en sangre y excreción en orina, debido a disminución de la secreción de insulina o deficiencia en su acción.

Insulina: hormona producida por el páncreas, que se encarga de regular la cantidad de glucosa en sangre.

Polidipsia: necesidad exagerada y urgente de beber, que suele ser patológica.

Poliuria: excreción abundante de orina.

El incremento de los malos hábitos alimentarios y la inactividad física que vemos hoy en la población general, ha aumentado la prevalencia de obesidad y trastornos del metabolismo de carbohidratos, elementos que sin duda han estado ligados al incremento de la prevalencia de la diabetes todos estos factores predisponentes se agrupan para formar un síndrome conocido como síndrome metabólico. Clásicamente se atribuía a la diabetes mellitus el desarrollo temprano de macroangiopatía con aterosclerosis precoz principalmente en las arterias coronarias, de los miembros inferiores y del encéfalo. Sin embargo, en 1984 se comprobó que las complicaciones cardiovasculares eran frecuentes tanto en los diabéticos recién diagnosticados como en los de larga data, lo que dio origen a la hipótesis de la existencia de un terreno común que favorecía la aparición, más o menos simultánea, de diabetes y de enfermedad cardiovascular. Alternativamente, la resistencia a la insulina y la obesidad han sido puestas en el centro de la escena. En 1988, Reaven describió, con el nombre de síndrome X, un cuadro caracterizado por la agrupación de factores de riesgo cardiovascular (aumento de triglicéridos con disminución de colesterol HDL, hipertensión arterial y obesidad abdominal) asociado a resistencia a la insulina. En su hipótesis la resistencia a la insulina juega el papel principal y la obesidad es un factor predisponente. (Licea Puig, M. E., Bustamante Tejjido, M., & Lemane Pérez, M., 2008)

En 1998 el Grupo de Trabajo de Diabetes de la Organización Mundial de la Salud propuso un conjunto de criterios para el diagnóstico del síndrome metabólico (SM). El diagnóstico debía incluir evidencias clínicas de insulinoresistencia (intolerancia a la glucosa o diabetes) más otros dos factores de riesgo entre los siguientes:

- * Triglicéridos elevados o HDL colesterol bajo
- * Presión Arterial (PA) elevada
- * Obesidad, definida por el índice de masa corporal (IMC) o por la relación cintura cadera
- * Microalbuminuria

En 2001, el tercer informe del Panel de Expertos del Programa Nacional de Educación del Colesterol sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipercolesterolemia en los Adultos (ATPIII) define al SM por la presencia de 3 de 5 criterios clínicos simples: (American Diabetes Association. 2015)

- * Perímetro de la cintura ≥ 102 cm en el varón u 88 cm en la mujer
- * Triglicéridos ≥ 150 mg/dl
- * HDL colesterol < 40 mg/dl en el varón o de 50 mg/dl en la mujer

- * $PA \geq 130/85$ mm Hg
- * Glucemia > 110 mg/dl.

En esta definición todas las anormalidades están puestas en un mismo nivel, sin implicar relaciones de causa-efecto, ni considerar imprescindible un componente. Además pone de manifiesto la importancia de la grasa abdominal en la génesis del síndrome definiendo a la obesidad por un perímetro de la cintura mayor a determinados umbrales y no por el IMC. (American Diabetes Association. 2015)

Recientemente la Asociación Americana del Corazón (AHA) en conjunto con el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre de los Estados Unidos (NLHBI) ha propuesto modificaciones menores a los criterios del ATPIII, bajando el umbral de glucemia a 100 mg/dl incorporando como criterios los tratamientos para la dislipidemia, la hipertensión arterial (HTA) y la hiperglucemia.

En 2005, la Federación Internacional de Diabetes (IDF) propuso nuevos criterios, similares a los del ATPIII, pero considerando a la obesidad central como una condición necesaria para el diagnóstico del SM y sugiriendo la necesidad de identificar umbrales del perímetro de la cintura específicos para cada grupo étnico (en los europeos y descendientes 94 cm en el varón y 80 cm en la mujer). (American Diabetes Association 2015)

El SM, definido en general en base a los criterios del ATPIII, se asocia a un riesgo 1,5-3 veces mayor de enfermedad cardiovascular, un riesgo 5 veces mayor de desarrollar diabetes tipo 2, un mayor riesgo de desarrollar HTA, una mayor frecuencia de lesiones tempranas en los órganos blanco tales como microalbuminuria, disminución del filtrado glomerular, hipertrofia ventricular, disfunción diastólica del ventrículo izquierdo, rigidez arterial y engrosamiento de la pared de la carótida y aumento en el nivel de los marcadores de inflamación, se suman múltiples factores de riesgo, al inicio sólo marginalmente elevados pero que con el tiempo superan los umbrales formales para el diagnóstico de HTA y de diabetes. (ALAD 2013)

Estos factores de riesgo son la causa de las lesiones en los órganos blanco y de los eventos cardiovasculares; con el desarrollo de diabetes surge la posibilidad de que aparezcan las complicaciones microvasculares propias: neuropatía, retinopatía, nefropatía. Así, de no ser intervenido, el SM es una condición que empeora progresivamente con el aumento de la edad y con el incremento del peso, ahora con los estudios que se han realizado es difícil hablar de diabetes mellitus sin antes mencionar síndrome metabólico. (ALAD 2013)

Epidemiología

En 2005 la diabetes mellitus ocupó la tercera causa de muerte en Nicaragua, con una tasa de mortalidad de 19.4 por 100,000 habitantes. Es posible la existencia de sub-registro, debido a que los datos de mortalidad se refieren solamente a las causas inmediatas de muerte y no a las causas básicas. Las enfermedades del aparato circulatorio ocupan el primer lugar con una tasa de mortalidad de 76.7 por 100,000 habitantes en 2005 (Beran, Atlan-Corea, Tapia, Martínez, & Guadamuz de Castro, 2007).

De acuerdo a registros de Estadística Vitales del Ministerio de Salud, cada año mueren en promedio 1142 por Diabetes mellitus, en el período 2005-2012 se observó tendencia ascendente en las tasas de mortalidad por 100,000, sobre Diabetes mellitus (de 19.3 a 26.6),

En lo que respecta a morbilidad proporcional según grandes causas, en 2012, en las diez primeras causas encontramos Diabetes Mellitus Tipo II (8%) y Diabetes Mellitus No especificada (5%) Como segunda causa, según registros de motivos de consultas en primer nivel de atención, por Diabetes tipo II son 369,957 atenciones en lo que respecta al total de egresos hospitalarios para 2012, 3% fue por enfermedades del sistema circulatorio, 6% por Diabetes y 5% por enfermedades isquémicas del corazón. (Linzan Muñoz, M. 2009)

Definición

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina, pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina, los islotes pancreáticos están constituidos por cuatro tipos celulares: células β , α , δ y PP o F, las cuales sintetizan y liberan hormonas como insulina, glucagón, somatostatina y el polipéptido pancreático, respectivamente, durante la diabetes mellitus, la glucemia se eleva a valores anormales hasta alcanzar concentraciones nocivas para los sistemas fisiológicos, provocando daño en el tejido nervioso (neuropatías), alteraciones en la retina (retinopatía), el riñón (nefropatía) y en prácticamente el organismo completo, con un pronóstico letal si no se controla. (Harrison, T. 2006)

La diabetes mellitus (DM) es un síndrome que engloba un gran número de enfermedades cuyo nexo diagnóstico es la hiperglucemia. Como la hormona que tiene la mayor responsabilidad en la regulación del transporte de glucosa a los tejidos es la insulina, la hiperglucemia que define la diabetes refleja en última instancia una falta de dicha hormona o un problema de acción de la misma sobre los tejidos, aunque la DM ha sido una enfermedad conocida desde la más remota antigüedad, la historia moderna de la DM comienza con Thomas Willis en 1674, que reconoció el sabor dulce de la orina, como de azúcar o miel, comenzando el conocimiento de la diabetes mellitus por su química, además de por su clínica tal como se conocía hasta entonces.(ALAD., 2013)

Antes del uso de la insulina, la diabetes mellitus era considerada una enfermedad incurable y en la mayoría de los casos mortal. Los pacientes se solían morir por marasmo, consecuencia de la falta de la insulina, desde que Banting y Best lograron aislar en Toronto en 1921 extractos pancreáticos conteniendo insulina que mejoraron los niveles sanguíneos de glucosa de perros diabéticos, las perspectivas de salud para los pacientes diabéticos cambió radicalmente, sobre todo para la DM tipo 1, en la que es características la deficiencia pancreática grave de insulina, la aparición de los fármacos antidiabéticos orales a partir de la década de los 50 ha ampliado el arsenal terapéutico básico para la DM, en concreto la tipo 2, en la que la deficiencia pancreática de insulina es parcial, al menos inicialmente. (ALAD. 2013)

La DM es una enfermedad muy frecuente, con el peligro de complicaciones específicas y de complicar otras patologías médico-quirúrgicas. Soporta un gasto sanitario muy importante tanto para tratarla bien como por los problemas que conlleva no tratarla adecuadamente, y es a menudo fácil de ignorar, especialmente en las etapas iniciales, por eso se le ha denominado la enfermedad «silenciosa» la cual incluso puede debutar ya con complicaciones.(ALAD. 2013)

Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Para el diagnóstico de la DM se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios (ALAD. 2013):

- * Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas).
- * Glucosa plasmática a las 2 horas ≥ 200 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba debe ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua.
- * Hemoglobina glicosilada (A1C) $\geq 6.5\%$. Esta prueba debe realizarse en laboratorios certificados de acuerdo a los estándares A1C del DCCT.

- * Paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglicémica con una glucosa al azar ≥ 200 mg/dL.

Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales dos y tres. Si el nuevo resultado no logra confirmar la presencia de DM, es aconsejable hacer controles periódicos hasta que se aclare la situación. (ALAD. 2013).

Prueba de tamizaje

La glucemia en ayunas es la prueba más sencilla para el tamizaje oportuno de DM en personas asintomáticas que por algún motivo acuden a un servicio de salud. Sin embargo, la prueba de oro para el tamizaje de diabetes en estudios poblacionales sigue siendo la medición de la glucemia 2 horas post carga de glucosa. Es muy importante tener en cuenta que una prueba de tamizaje solo indica una alta probabilidad de tener DM y debe ser confirmada con una prueba diagnóstica. (ALAD. 2013).

Debe de realizarse en los siguientes casos:

1. Cada tres años a las personas mayores de 45 años
2. Una vez al año a las personas que tengan uno o más de los factores de riesgo que se mencionan a continuación:

- * IMC mayor de 27 kg/m² o menos
- * Presencia de obesidad abdominal
- * Familiares diabéticos en primer grado de consanguinidad
- * Procedencia rural y urbanización reciente
- * Antecedentes obstétricos de DMG y/o de hijos macrosómicos (peso al nacer > 4 kg)
- * Menor de 50 años con enfermedad coronaria
- * Hipertenso con otro factor de riesgo asociado
- * Triglicéridos mayores de 150 mg/dl con HDL menor de 35 mg/dl
- * Alteración previa de la glucosa
- * Diagnóstico de síndrome metabólico.

Clasificación

Las diabetes mellitus se clasifican en Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Otros tipos específicos de Diabetes Mellitus, y Diabetes Mellitus Gestacional. Estos tipos no tienen que

ser mutuamente excluyentes y pueden coincidir en una misma persona. (Association American Diabetes. 1998)

Diabetes Mellitus tipo 1

La diabetes de tipo 1 es responsable del 5 al 10 por ciento de todos los casos de diabetes diagnosticados el riesgo de desarrollarla es mayor que el de desarrollar casi cualquier otra enfermedad de la niñez la mayor incidencia ocurre durante la pubertad, entre los 10 y los 12 años de edad en las niñas, y entre los 12 y los 14 años de edad en los niños (Harrison, T. 2006)

La causa es desconocida, pero se cree que la genética y los factores ambientales (posiblemente los virus) pueden estar involucrados, Consiste en una destrucción específica de las células secretoras de insulina (células beta de los islotes de Langerhans del páncreas). La mayor parte de los casos se relacionan con un problema autoinmune, si bien hay casos idiopáticos que no muestran signos de alteración inmunitaria, su característica clínica fundamental es la aparición brusca de los síntomas, la dependencia de insulina desde el principio del proceso, y su tendencia a la cetosis. (Harrison, T. 2006)

Síntomas más frecuentes de la diabetes de tipo 1:

- * Niveles altos de glucosa en la sangre al examinarlos.
- * Niveles altos de glucosa en la orina al examinarlos.
- * Sed poco común.
- * Orinar frecuentemente.
- * Hambre extrema pero al mismo tiempo pérdida de peso.
- * Visión borrosa.
- * Náusea y vómito.
- * Cansancio y debilidad extremos.
- * Irritabilidad y cambios en el estado de ánimo.
- * Las complicaciones que pueden resultar de la diabetes tipo 1 incluyen:
 - * Enfermedades cardíacas
 - * Enfermedad renal
 - * Problemas de la vista
 - * Neuropatía somática, autonómica y central
 - * Problemas en los pies (pie diabético)

Diabetes mellitus tipo 2

Está relacionada a la condición de obesidad y, por lo tanto, con la resistencia a la insulina (RI), pero se requiere adicionalmente de un deterioro de la función de la célula b pancreática, para vencer la RI, la célula b inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de insulina (hiperinsulinismo), que inicialmente logra compensar la RI, y mantener los niveles de glucemia normales; sin embargo, con el tiempo, la célula b pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia compensatoria, produciéndose un déficit relativo de insulina con respecto a la RI. Aparece finalmente la hiperglucemia, inicialmente en los estados post-prandiales y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de DM2. (Harrison, T. 2006).

La resistencia a la insulina es un fenómeno fisiopatológico en el cual, para una concentración dada de insulina, no se logra una reducción adecuada de los niveles de glucemia. Debido a su relación con la obesidad, por definición todo obeso debería tener RI, salvo que sea “metabólicamente sano”, como puede suceder en aquellos pacientes que realizan ejercicio con frecuencia, el adipocito es una célula que básicamente acumula ácidos grasos (AG) en forma de triglicéridos (TG) pero que además, a través de las adipocinas, puede influenciar otros órganos. Su capacidad de almacenamiento se ve limitada por su tamaño; al alcanzar ocho veces el mismo, no puede seguir almacenando AG, generando migración de éstos a órganos que en condiciones normales no lo hacen, como son el músculo esquelético (ME) y el hígado. (Harrison, T. 2006).

El ME es el principal órgano blanco de la insulina, ya que allí se deposita por efecto de la insulina el 80% de la glucosa circulante; la llegada de los AG bloquea las señales de la insulina, lo que lleva a RI en el tejido muscular esquelético además del páncreas, el hígado y el ME, hay otros órganos involucrados en la fisiopatología de la DM2, dentro de estos, encontramos el intestino, el íleon y el colon, por medio de las células L, producen el GLP-1 (Glucagón Like Peptide 1), una de las incretinas de importancia en el origen de la DM2, de la cual sabemos que incrementa la producción pancreática de insulina luego de la ingestión de comidas, por un mecanismo que involucra receptores en la célula b a través de la vía del AMP cíclico, y que es glucosa dependiente; es decir, sólo actúa en condiciones de hiperglucemia, recientemente se ha establecido que el daño de la célula b condiciona el deterioro del efecto incretina, pero que puede ser compensado por efecto de medicamentos que aumentan las concentraciones de GLP-1, como los inhibidores de la enzima DPP-IV (vildagliptina, sitagliptina, saxagliptina) y por los análogos de incretina (exenatida, liraglutida). (Harrison, T. 2006).

El riñón también juega un papel fundamental, no sólo porque es un órgano gluconeogénico, sino porque regula la pérdida de glucosa en estado de hiperglucemia. A través de un transportador llamado SGLPT2, absorbe casi la totalidad de la glucosa filtrada; la inhibición de esta proteína augura un nuevo mecanismo para la regulación de la hiperglucemia, con la ventaja de que no aumenta de peso. (Harrison, T. 2006)).

Manifestaciones Clínicas

La Diabetes mellitus muchas veces no provoca ninguna molestia, pasando desapercibida durante mucho tiempo, en algunos casos suele ser diagnosticada casualmente. Un gran porcentaje de pacientes que son diagnosticados como diabéticos, asisten a consultas médicas por molestias a nivel visual, infecciones de vías urinarias, mareos o pérdida de peso. Muchas veces atribuyen sus molestias a dislipidemias, o problemas hormonales como los tiroideos. Los hallazgos ocurren en forma casual al realizarse las pruebas químicas de laboratorio incluyen un examen de glucosa en el cual ya se encuentra alteraciones que posteriormente se confirman con un examen de glucosa post-prandial o curvas de glucosa (Harrison, T. 2006).

Los síntomas de la diabetes son:

- * Polidipsia
- * Poliuria
- * Cansancio
- * Decaimiento
- * Baja de peso
- * Calambres y amortiguamiento de piernas
- * Visión borrosa

Complicaciones de Diabetes Mellitus

Complicaciones agudas: Cetoacidosis diabética (CAD) y estado hiperglicémico hiperosmolar (EHH) representan complicaciones severas de la diabetes mellitus. Constituyen estados hiperglicémicos que se diferencian clínicamente por la severidad de la deshidratación, y si la cetosis y acidosis metabólica están o no presentes: la cetoacidosis se caracteriza por cetonemia y acidosis con brecha aniónica elevada, mientras que el estado hiperglicémico-hiperosmolar como su nombre lo indica por hiperosmolaridad sérica y deshidratación severa (Harrison, T. 2006).

Estas dos entidades se producen en el contexto de deficiencia relativa o absoluta de insulina asociado a niveles excesivos de hormonas contrarreguladoras, depleción progresiva de volumen, así como pérdida de electrolitos. (Harrison, T. 2006)

Complicaciones crónicas

Retinopatía Diabética: Las complicaciones oftalmológicas son de alta prevalencia y severidad en el paciente con diabetes. Entre un 20 y 80% las padecen a lo largo de la evolución de la enfermedad. La diabetes es la segunda causa de ceguera en el mundo. (MINSA. 2011)

Nefropatía Diabética: La nefropatía puede estar presente en el 10 al 25% de los pacientes con DM2 al momento del diagnóstico. Aunque existen cambios precoces relacionados con la hiperglucemia como la hiperfiltración glomerular, el riesgo de desarrollar una insuficiencia renal solamente se hace significativo cuando se empieza a detectar en la orina la presencia constante de albúmina en cantidades significativas que se pueden medir mediante métodos de inmuno ensayo pero todavía no son detectables con los métodos químicos para medir proteinuria. Por este motivo a dichas cantidades de albúmina en la orina se les denomina microalbuminuria. Un 20-40% de los pacientes con microalbuminuria progresa a nefropatía clínica y de éstos un 20% llega a insuficiencia renal terminal al cabo de 20 años. (ALAD. 2013)

Neuropatía Diabética Periférica (NP) es la más frecuente. Los criterios para establecer el diagnóstico de la neuropatía periférica incluyen:

- * Síntomas y signos típicos
- * Disminución de los umbrales de sensibilidad distal y simétrica (táctil, térmica, vibratoria y dolorosa) en forma simétrica
- * Disminución de los reflejos tendinosos distales en forma simétrica
- * Disminución de la fuerza muscular distal y simétrica (es tardía)
- * Alteraciones de los estudio electrofisiológicos

La NP puede presentarse como un proceso doloroso agudo o crónico y/o como un proceso indoloro, que en su etapa final lleva a complicaciones como úlcera del pie deformidades (por ejemplo, el pie de Charcot) y amputaciones no traumáticas. La forma más común es la dolorosa crónica, con disestesias que empeoran de noche (sensación de hormigueo, agujas, quemaduras, punzadas, etcétera) y pueden remitir espontáneamente por largos períodos. (ALAD 2013)

El pie diabético se produce como consecuencia de la asociación de uno o más de los siguientes componentes:

- * Neuropatía periférica
- * Infección
- * Enfermedad vascular periférica
- * Trauma
- * Alteraciones de la biomecánica del pie

Además se han identificado algunas condiciones de la persona con diabetes que aumentan la probabilidad de desarrollar una lesión del pie:

- * Edad avanzada
- * Larga duración de la diabetes
- * Sexo masculino
- * Estrato socioeconómico bajo y pobre educación
- * Factores sociales como vivir solo, ser poco visitado, poca motivación por vivir
- * Pobre control glucémico
- * Presencia de retinopatía, nefropatía, enfermedad macrovascular
- * Consumo de alcohol
- * Tabaquismo
- * Calzado inapropiado
- * Úlceras o amputaciones previas. (ALAD. 2013)

Tratamiento de la diabetes tipo 2

Tratamiento médico nutricional (TMN)

Las personas con prediabetes o diabetes deben recibir TMN individualizado preferentemente indicado por un nutricionista, con el fin de lograr los objetivos terapéuticos. (A) Recomendaciones para el balance calórico, el sobrepeso y la obesidad (ALAD. 2013)

Para todas las personas con sobrepeso u obesas que tienen o están en riesgo de diabetes se recomienda la pérdida de peso. (A) Para adelgazar, son efectivas las dietas hipohidrocarbonadas, hipograsas e hipocalóricas. Las dietas mediterráneas pueden ser eficaces en el corto plazo (hasta 2 años). (A) En los pacientes con dietas hipohidrocarbonadas se debe monitorear el perfil lipídico, la función renal y la ingesta de proteínas (en aquellos con nefropatía) y ajustar el tratamiento para evitar las hipoglucemias. La actividad física y la modificación de la conducta son componentes

importantes de los programas para bajar de peso y son más útiles en el mantenimiento de la pérdida de peso. (ALAD. 2013)

Recomendaciones para la prevención primaria de la diabetes

En los individuos en riesgo elevado de diabetes tipo 2 se recomiendan los programas estructurados que hacen hincapié en los cambios del estilo de vida y que incluyen la pérdida de peso moderada (7% del peso corporal) y la actividad física regular (150 min/semana), además de dietas hipocalóricas e hipograsas. (ALAD. 2013)

A las personas en riesgo de diabetes tipo 2 se les aconseja seguir las recomendaciones del U.S. Department of Agriculture de consumir fibras dietéticas (14 g de fibra/1.000 kcal) y alimentos con granos integrales (la mitad de la ingesta de granos). (B) Las personas en riesgo de diabetes tipo 2 deben limitar el consumo de bebidas azucaradas. (ALAD. 2013)

Recomendaciones para el manejo de la diabetes

La mezcla de carbohidratos, proteínas y grasas puede ajustarse para cumplir con los objetivos del síndrome metabólico y las preferencias individuales del diabético, además el monitoreo de la ingesta de carbohidratos, ya sea por el conteo de carbohidratos, las opciones o basado en la experiencia de la estimación, sigue siendo una estrategia clave para alcanzar el control glucémico. (ALAD. 2013)

La ingesta de grasas saturadas debe ser el 7% del total de las calorías.

La reducción de la ingesta de grasas trans reduce el colesterol LDL y aumenta el colesterol HDL (A), por lo tanto se debe minimizar la ingesta de grasas trans.

Educación para el autocontrol de la diabetes (EAD)

Los diabéticos deben recibir EAD de acuerdo a las normas nacionales y el apoyo para el autocontrol de la diabetes, en el momento del diagnóstico de diabetes y luego, cuando sea necesario. La eficacia del autocontrol y de la calidad de vida son los resultados clave de la EAD y deben ser medidos y controlados como parte de la atención médica. (ALAD. 2013)

Actividad física

Los diabéticos deben realizar al menos 150 min/semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (50- 70% de la frecuencia cardíaca máxima), repartidas en al menos 3 días de la semana con no más de 2 días consecutivos sin ejercicio en ausencia de contraindicaciones, estos pacientes deben ser animados a realizar entrenamiento de la resistencia por lo menos 2 veces por semana. (ALAD. 2013)

Evaluación y atención psicosocial

Es razonable incluir la evaluación psicológica y de la situación social del paciente como una parte continua del tratamiento médico de la diabetes. La detección y el seguimiento de los problemas psicosociales pueden incluir (pero sin limitarse a ellas) las actitudes acerca de la enfermedad, las expectativas acerca del tratamiento médico, el afecto y el humor, la calidad de vida en general y la relacionada con la diabetes, los recursos (financieros, sociales y emocionales) y, los antecedentes psiquiátricos. (ALAD. 2013)

Dislipidemia/manejo de los lípidos

En la mayoría de los pacientes adultos, medir el perfil lipídico en ayunas, al menos anualmente. En los adultos con valores de lípidos de bajo riesgo (colesterol LDL <100mg/dL, colesterol HDL >50 mg/dl y triglicéridos <150 mg / dL), la evaluación de los lípidos puede ser repetida cada 2 años sumado a esto se recomienda modificar el estilo de vida para reducir el consumo de grasas saturadas, grasas trans y colesterol; aumentar el consumo de ácidos grasos n-3, fibra viscosa y estanoles/esteroles vegetales; adelgazar y, aumentar la actividad física. Independientemente de los niveles basales de lípidos y de la modificación del estilo de vida, deben recibir tratamiento con estatinas todos los diabéticos con: ECV manifiesta. (ALAD. 2013)

Cesación del tabaquismo: Incluye el apoyo para dejar de fumar y otras formas de tratamiento como un componente rutinario del cuidado de la diabetes. (ALAD. (2013)

Tratamiento Farmacológico

Biguanidas: Como la metformina. Aumentan la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina, actuando como normoglicemiante

Sulfonilureas: Como la clorpropamida y glibenclamida. Reducen la glucemia intensificando la secreción de insulina.

Meglitinidas: Como la repaglinida y nateglinida. Estimulan la secreción de insulina.

Inhibidores de α -glucosidasa: Como la acarbosa. Reducen el índice de digestión de los polisacáridos en el intestino delgado proximal, disminuyendo principalmente los niveles de glucosa postprandial.

Tiazolidinediona: Como la pioglitazona. Incrementan la sensibilidad del músculo, la grasa y el hígado a la insulina.

Insulina: Es el medicamento más efectivo para reducir la glucemia, aunque presenta hipoglucemia como complicación frecuente.

Agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1): Como la exenatida. El GLP-1 es un péptido de origen natural producido por las células L del intestino delgado, potencia la secreción de insulina estimulada por la glucosa.

Agonistas de amilina: Como la pramlintida. Retarda el vaciamiento gástrico, inhibe la producción de glucagón de una manera dependiente de la glucosa.

Inhibidores de la Di-Peptidil-Peptidasa-IV: Como la sitagliptina. Intensifican los efectos de GLP-1. (ALAD. 2013)

Estudio de Conocimientos, Actitudes y Practica (CAP).

Los pacientes diagnosticados con esta patología, tienen problemas de autocontrol y estos problemas se debe muchas veces en el propio paciente (actitudes), en las relaciones con las personas que están en su familia, o bien el entorno que los rodea.

Como un punto importante está el hecho de la educación que debe recibir el paciente para el autocuidado, así como la identificación de síntomas que sobrelleven a una complicación a corto, mediano o largo plazo, desencadenando el deterioro psíquico, económico y funcional del paciente; la adecuada anamnesis y un examen físico completo son de importancia vital para disminuir los riesgos que conllevan a la aparición de estas complicaciones.

Está ampliamente estudiado que la diabetes mellitus se ve empeorada e incluso provocada por factores de riesgo (alcohol, tabaco, obesidad) que son en su mayoría prevenibles, los cuales al ser intervenidos adecuadamente con un equipo profesional y especializado, evita en gran medida resultados catastróficos para la salud o vida del paciente.

A raíz de lo anterior también es necesario conocer el contexto del paciente, como percibe y que hace con su enfermedad, por lo que se plantean diferentes estrategias para determinar dicho contexto. Una de ellas es la implementación de estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).

Los estudios de conocimientos, actitudes y practicas (CAP) se tratan de cuestionarios que presentan una selección de ítems a evaluar y que constituyen una base satisfactoria suficiente para englobar las necesidades del estudio CAP que van y han sido útiles en la contextualización de los pacientes y la patología estudiada. (Gumucio Sybille, 2011)

La encuesta CAP es un método de tipo cuantitativo (preguntas previamente definidas y formateadas en cuestionarios estandarizados) que proporciona acceso a la información cuantitativa

y cualitativa (información cualitativa "se define aquí como información de carácter subjetivo o perceptivo, que no debe confundirse con metodologías cualitativas). Las preguntas de un cuestionario CAP tienden a revelar no sólo los rasgos característicos de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la salud relacionados con factores religiosos, sociales, tradicionales, sino también la idea que cada persona tiene de su cuerpo o de la enfermedad (Gumucio Sybille, 2011).

Estos métodos combinan las observaciones y entrevistas abiertas y ayudan a profundizar en algunos temas abordados en la encuesta de CAP. El grupo de enfoque estimula el diálogo con un pequeño grupo de personas en torno a un objetivo tema y anima a la expresión espontánea del grupo, lo que ayuda a identificar los puntos de vista, para observar la forma en que las personas interactúan e identificar las ideas en cuestión y el significado o causa atribuida a las prácticas. Si los datos recogidos son de pequeña escala y pueden considerarse representativos de toda la población encuestada, el grupo de enfoque proporciona acceso a una serie de situaciones, afinando más la información, que complementa muy bien con los de la encuesta CAP. Sin embargo, se recomienda no llevar a cabo estas dos metodologías muy diferentes al mismo tiempo en el campo, ya que puede crear confusión entre los encuestados (Gumucio Sybille, 2011).

XI. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de Investigación

Descriptivo de Corte Transversal con Enfoque Cuantitativo

2. Universo

1238 pacientes que acuden a consulta general a centro de salud Emiliano Pérez Obando

3. Muestra

120 personas encuestadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

4. Tipo de Muestreo

Muestreo no probabilístico, por conveniencia

5. Unidad de Análisis

Pacientes que acuden a consulta general sin diagnóstico de diabetes mellitus.

6. Criterios de Inclusión

- Pacientes no diagnosticados con Diabetes Mellitus que acuden a consulta general del centro de salud Emiliano Pérez Obando en noviembre 2016.
- Pacientes mayores de 30 años no diagnosticados con Diabetes Mellitus que acuden a consulta general del centro de salud Emiliano Pérez Obando en noviembre 2016.
- Pacientes menores de 60 años no diagnosticados con Diabetes Mellitus que acuden a consulta general del centro de salud Emiliano Pérez Obando en noviembre 2016.

7. Criterios de Exclusión

- Pacientes no diagnosticados con Diabetes Mellitus que acuden a consulta general del centro de salud Emiliano Pérez Obando en noviembre 2016 que no acepten participar en la encuesta.
- Pacientes no diagnosticados con Diabetes Mellitus que acuden a consulta general del centro de salud Emiliano Pérez Obando en noviembre 2016 que brinden llenado incompleto de la encuesta.

- Pacientes no diagnosticados con Diabetes Mellitus que acuden a consulta general del centro de salud Emiliano Pérez Obando en noviembre 2016 que se encuentren embarazadas.

- Pacientes menores de 30 años o mayores de 60 años no diagnosticados con Diabetes Mellitus que acuden a consulta general del centro de salud Emiliano Pérez Obando en noviembre 2016.

8. Fuente de Información

Se obtuvo información de fuentes primaria, a través de la aplicación de una encuesta predeterminada con preguntas cerradas.

9. Técnica y Procedimiento de Recolección de la Información

Primero se solicitó la autorización a la dirección médica centro de salud Emiliano Pérez Obando para lograr la elaboración del estudio. Se realizó encuestas dirigidas a los pacientes que acuden a consulta general a centro de salud Emiliano Pérez Obando según criterios de inclusión y exclusión, previo consentimiento informado verbal y escrito estando presente el investigador o el responsable del recolectar la información. Dicha encuesta consta de preguntas cerradas las cuales están escritas en un nivel de lectura comprensible. Además se realizó medición de talla y peso de cada paciente para conocer su IMC, así como medición de perímetro abdominal.

10. Instrumento de Recolección y Análisis de la Información

El instrumento, una encuesta (Anexo), fue aplicado por los investigadores directamente durante consulta. Se usó el software SPSS versión 23.0. Los conocimientos se determinaron a través de preguntas abiertas.

11. Escala de Valores

Para valorar los conocimientos se utilizará una escala de valores con amplitud de un rango de tres niveles.

Bueno: Si responde adecuadamente entre un 80 – 100% (11 a 14 de las preguntas realizadas)

Regular: Si responde adecuadamente entre un 60– 79% (8 a 10 de las preguntas realizadas)

Malo: Si responde adecuadamente menos de un 59 % (0 a 7 de las preguntas realizadas)

Para valorar actitud se utilizará una escala de valores con amplitud de dos rangos:

Actitud Positiva: Si los pacientes responden de forma afirmativa entre un 51 – 100% (6 a 10 de las preguntas realizadas)

Actitud Negativa: Si los pacientes responden negativamente entre un 0 – 50% (0 a 5 de las preguntas realizadas)

Para valorar las prácticas se utilizará una escala de valores con amplitud de dos rangos:

Adecuadas: Si los pacientes responden de forma afirmativa entre un 51 – 100% (7 a 12 de las preguntas realizadas)

Inadecuada: Si los pacientes responden negativamente entre un 0 – 50% (0 a 6 de las preguntas realizadas)

12. Variables por Objetivos

1. Describir las características socio demográficas de la población en estudio.
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Escolaridad
 - Procedencia
 - Ocupación
2. Identificar los conocimientos que tienen los pacientes sobre la enfermedad de diabetes mellitus.
 - Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus
3. Establecer las actitudes que tienen los pacientes sobre diabetes mellitus.
 - Tipo de actitud sobre diabetes mellitus
4. Mostrar las prácticas que realizan los pacientes para prevenir dicha enfermedad.
 - Tipo de práctica sobre diabetes mellitus
5. Mencionar el índice de masa corporal y perímetro abdominal en la población estudiada.
 - IMC
 - Perímetro Abdominal

13. Operacionalización de las Variables

No	Variables	Concepto	Indicador	Escala
1	Edad	Edad en años cumplidos al momento de la entrevista	Años cumplidos según refiera el paciente	30 – 39 años 40 – 49 años 50 – 59 años
2	Genero	Es la definición de género basada en las características fenotípicas del paciente	Género según refiera el paciente	Masculino Femenino
3	Estado civil	Tipo de relación conyugal del paciente al momento de la encuesta	Condición conyugal Según refiera el paciente	Soltero/a Acompañado/a Casado/a Viudo/a
4	Escolaridad	Nivel académico más alto alcanzado hasta el momento de llenar la encuesta	Nivel alcanzado según refiera el paciente	Ninguna Alfabetizado/a Primaria Incompleta Primaria completa Secundaria completa Secundaria incompleta Técnico Universitario
5	Procedencia	Origen de algo o el principio de donde nace o deriva	Origen según refiera el paciente	Urbano Rural

6	Ocupación	Actividad a la que un individuo se dedica	Estatus laboral que el paciente refiera al momento de la encuesta	Ama de casa Agricultor Otros
7	Nivel de conocimiento de diabetes mellitus	Es la información previamente adquirida acerca de diabetes mellitus	Lo que refiere el paciente acerca de conocimientos de diabetes mellitus	Bueno Regular Malo
8	Actitud	Forma de ser, una posición, inclinaciones o tendencias a algo. Esta es una variable intermedia entre la situación y la respuesta a esta situación. Explicar por qué entre las posibles prácticas de un sujeto sometido a un estímulo, adopta una práctica y no otra	Lo que refiere el paciente acerca de actitudes de diabetes mellitus	Actitud positiva Actitud negativa
9	Prácticas	Acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo. Tiene que ver con cosas concretas, con acciones	Lo que refiere el paciente acerca de prácticas de diabetes mellitus	Prácticas adecuadas Prácticas inadecuadas

10	Índice de masa corporal	Indicador de la relación entre el peso y la talla utilizado para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.	Resultado de la división del peso del paciente en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²)	<16.5 Desnutrición 16.5-18 Bajo peso 18.5-24.99 Normal 25-29.99 Sobrepeso 30-34.99 Obesidad I 35-39.99 Obesidad II ≥40 Obesidad III
11	Perímetro abdominal	Medida antropométrica que permite determinar la grasa acumulada en el cuerpo	Medición, rodeando el abdomen, a la altura del ombligo	Normal: 88cm Mujeres 102cm Hombres

14. Cruce de Variables

- Edad vs Nivel de conocimiento de Diabetes Mellitus
- Edad vs Tipo de actitud de Diabetes Mellitus
- Edad vs tipo de práctica de Diabetes Mellitus
- Sexo vs Nivel de conocimiento de Diabetes Mellitus
- Sexo vs tipo de actitud de Diabetes Mellitus
- Sexo vs tipo de Practica de Diabetes Mellitus
- Escolaridad vs Nivel de conocimiento de Diabetes Mellitus
- Escolaridad vs tipo de actitud de Diabetes Mellitus
- Escolaridad vs tipo de práctica de Diabetes Mellitus
- Ocupación vs Nivel de conocimiento de Diabetes Mellitus
- Ocupación vs tipo de actitud de Diabetes Mellitus
- Ocupación vs tipo de práctica de Diabetes Mellitus
- Nivel de conocimiento vs tipo de actitud
- Nivel de conocimiento vs tipo de practica
- Tipo de práctica vs tipo de actitud
- IMC vs perímetro abdominal
- IMC vs Nivel de conocimiento de Diabetes Mellitus
- IMC vs tipo de actitud de Diabetes Mellitus
- IMC vs tipo de práctica de Diabetes Mellitus

15. Aspectos Éticos

El presente estudio se realizó con previa autorización de las autoridades del centro de salud Emiliano Pérez Obando de Paiwas, mediante una carta de solicitud para la elaboración del estudio a través del acceso al paciente, logrando aplicar la encuesta a quienes acuden a consulta general de dicho centro de salud.

Se aplicó la encuesta a los pacientes que aceptaron participar en el estudio, para lo cual firmaron de forma voluntaria el consentimiento informado, los pacientes leyeron el documento y en el caso que presentaron dudas sobre el estudio, estos fueron aclarados por las personas que aplicaron las encuestas.

El consentimiento informado se realizó por escrito en base a información sobre los riesgos de participación en el estudio, tipo de estudio, objetivos del estudio, compromiso de privacidad, con el fin de obtener información voluntaria y fidedigna permitiendo incidir en la prevención y captación oportuna de las personas con o sin factores de riesgo de diabetes mellitus.

XII. RESULTADOS

Las principales características de los pacientes estudiados se presentan en las tablas 1-6. Con respecto a la edad la mayoría tenía entre 40-49 años (35.8%), seguido por pacientes entre 50-59 años (33.3%), y de 30-39 años (30.8%). El sexo femenino prevaleció (55.8%) ante el sexo masculino (44.2%).

De los encuestados, el 8.3% no poseía ningún tipo de educación escolar, 2.5% había sido alfabetizado, el 50% tenía una escolaridad de primaria, mientras el 36.7% curso secundaria; únicamente el 1.7% cursó educación técnica y el 0.8% educación universitaria. En cuanto a la procedencia el 49% provenían de zona urbana y el 51% de zona rural.

La mayoría (74.2%) establecieron unión de hechos, mientras el 14.2 % eran casados, seguidos del 11.7% quienes eran solteros. Las principal ocupación fue ama de casa (45.8%) seguidas de otros (25.8%) y agricultor (28.3%).

En cuanto los conocimientos de los entrevistados, se encuentra que el 21.7% presenta un buen nivel de conocimiento; por otro lado, el 24.2% posee un mal nivel de conocimiento y la mayoría (54.2%) muestra un nivel de conocimiento regular (Tabla N°7):

Se encontró que el 8% no conoce sobre Diabetes Mellitus; mientras el 93.3% si conoce sobre este tema. El 55.8% ha obtenido información a través de los medios de comunicación, contrario al 44.2%; asimismo, el 78.3% ha sido informado por medio de los servicios de salud, el 21.7% niega haber obtenido información de esa manera. El 59.2% de los entrevistados cuenta con algún familiar que cursa con Diabetes Mellitus. El 47.5% conoce sobre la prueba de glicemia, el 52.5% desconoce de ésta. El 45% expresó que dicha enfermedad no tiene cura y el 55% afirma que es curable. De igual manera, el 61.7% refiere que el sobrepeso influye en desarrollar Diabetes Mellitus, mientras el 38.3% indica que no influye. El 59.2% afirma que la alimentación inadecuada contribuye a la aparición de esta patología, el 40.8% opina lo contrario. El 69.2% orienta que la alimentación para las personas diabéticas debe ser diferente, contrario al 30.8%. El 35% conceptúa que la falta de ejercicio pueda contribuir a la aparición de la enfermedad, mientras el 65% contestó que no. Sólo el 39.2% no conoce alguna complicación de la Diabetes Mellitus, mientras la mayoría (60.8%) si lo hace. El 43.3% reconoce que no únicamente con la toma del tratamiento se controla la enfermedad, discrepando con el 56.7%. El 87.5% acepta que el cumplimiento del tratamiento ayuda

al control de la patología, mientras el 12.5% lo niega. El 82.5% considera que pueden desarrollar la enfermedad si sus padres la padecen, el 17.5 no concuerda.

En relación con las actitudes, el 86.7% presenta actitudes positivas en contraste con el 13.3% que muestra con actitudes negativas (Tabla N°8):

El 100% refirió que estaría dispuesto a bajar de peso si presentara sobrepeso; sin embargo el 8.3% no estaría dispuesto a realizar dieta frente al 91.7% que si lo haría de cursar con sobrepeso; además del 75% que haría ejercicio si tuviese sobrepeso pero no el 25%; el 75% tiene tiempo para realizar ejercicio mientras el 25% no cuenta con esto. El 51.7% piensa que es difícil comer saludable contra el 48.3% que piensa lo opuesto. Al 74.2% le interesa conocer sobre poder llevar una vida saludable sin necesidad de medicamento, contrario al 25.8%. Al 71.7% de la población encuestada, le gustaría realizarse anualmente evaluación de salud, solo al 28.3% no lo haría. El 86.7% de la población piensa que es difícil mantenerse en forma, mientras el 13.3% cree que es fácil. Si a las personas entrevistadas se les diagnosticara Diabetes Mellitus, 85% se sentiría tristes mientras el 15% no se lamentaría. Todos los participantes (100%) estarían dispuestos a cambiar su estilo de presentar alto riesgo de padecer Diabetes Mellitus.

En lo que respecta a las prácticas, 62% realiza prácticas inadecuadas a diferencia del 58% que ejerce prácticas adecuadas (Tabla N°9):

El 100% de los encuestados indicó que no realiza ejercicio regularmente. El 50% refiere come de forma saludable mientras el 50% no lo hace. El 55.8% se ha pesado recientemente, el 44.2% no lo ha hecho. El 100% desconoce su índice de masa corporal así como no examinan su glicemia anualmente ni llevan control de ésta. Solamente el 11.7% lleva control de su peso, el 88.3% no lo hace. Sin embargo el 100% exhortó que es responsable de su salud pero el 52.5% no toma precauciones para tener una buena calidad de vida, contrario al 47.5%. El 90% afirma que haría dieta por orden médica mientras el 10% no lo haría. El 95.8% haría ejercicio para mejorar su salud, el 4.2% no lo haría.

De acuerdo al índice de masa corporal, se observó que el 4.2% cursa con bajo peso, 6.7% se encuentra con desnutrición, el 30.8% conserva IMC normal, 27.5% muestra sobrepeso, 19.2% tiene obesidad I, 6.7% posee obesidad II y el 5% padece obesidad III (Tabla N°10).

Se distinguió el 58.3% con perímetro abdominal con valores aumentados, mientras solo el 41.7% contaba con perímetro abdominal normal (Tabla N°11).

XIII. DISCUSIÓN Y ANALISIS

La mayoría de los pacientes entrevistados son de sexo femenino con edad mayor de 40 años, lo cual coincide con literaturas investigadas, en donde se afirma que la edad es un factor de riesgo para desarrollar la Diabetes Mellitus y que es más frecuente en el sexo femenino (Moreno L, 2001).

La población en estudio fue en su mayoría amas de casa, lo cual se relaciona con el predominio del sexo femenino.

La escolaridad de los pacientes es fundamental y determinante para la educación alimentaria y la aplicación de tratamiento farmacológico, ya que a menor nivel educativo, menor cumplimiento a las recomendaciones médicas y nutricionales; razón por la cual en las “Normas del Programa de Atención a los Pacientes con Enfermedades Crónicas” se orienta brindar educación a los pacientes de acuerdo a su nivel cultural, edad y evitar las barreras de terminología médica. En este estudio se obtuvo que la mayoría de la población encuestada consiguió cursar algún grado de educación primaria, seguido de aquellos que lograron educación secundaria incompleta o completa y un mínimo porcentaje no poseía educación escolar alguna, lo cual es directamente proporcional al nivel de conocimientos compatibles con un rango de regular a malo así como elevado porcentaje de prácticas inadecuadas en los entrevistados.

El grupo de edad con mayor nivel de prácticas adecuadas fue el de 50-59 años, coherente con su buen nivel de conocimientos y con mayor concientización para una vida saludable y prevención de enfermedades y sus complicaciones.

El 21.67% de los pacientes evaluados en este estudio, cuenta con un nivel de conocimientos buenos, esto indica que menos de una cuarta parte de los entrevistados poseen información correcta sobre diabetes. Las actitudes positivas en el 86.67% de los encuestados, nos revelan que ellos tienen una orientación visible para tomar decisiones acertadas en cuanto a prevención y cambio de estilo de vida para evitar desarrollar diabetes y sus complicaciones. Al evaluarse las prácticas, se evidencia que el 51.67% de los pacientes, no cumplen con la ejecución de prácticas adecuadas de prevención mediante la realización de actividades oportunas (como acudir y cumplir con las recomendaciones del médico, controlarse los niveles de glicemia anualmente, comer en forma saludable, ejercitarse regularmente). A pesar de que ya se evidenció que poseen actitudes adecuadas, el pobre nivel de conocimiento y las prácticas inadecuadas revelan que aún permanecen en situaciones de riesgo.

A los encuestados se les realizó pesaje y medición de talla para determinar índice de masa corporal (IMC) así como medición de perímetro abdominal, encontrando que dos tercios de los pacientes presenta alteración de IMC: entre ellos, 10.84% con IMC debajo de lo normal y 58.33% superior al índice normal; lo que se relaciona estrechamente con el hallazgo de perímetro abdominal alterado en el 58.33% de los pacientes (mismos con IMC elevado) representado en el Gráfico N° 27. Esto traduce que más de la mitad población evaluada presenta obesidad central, la cual, desde 2005, es considerada por la Federación Internacional de Diabetes como condición necesaria para diagnóstico del Síndrome Metabólico; el cual es una condición que empeora progresivamente con el aumento de la edad y con el incremento del peso; además se asocia a un riesgo 1,5-3 veces mayor de enfermedad cardiovascular, un riesgo 5 veces mayor de desarrollar diabetes tipo 2, y un mayor riesgo de desarrollar HTA (ALAD 2013).

La población encuestada es un grupo de pacientes que presentan un peligro latente de empeorar su situación de salud (por el bajo nivel conocimiento, cumplimiento de malas prácticas y con predominio de obesidad central) por lo que se debe mejorar y superar las limitaciones. Sin embargo, los entrevistados poseen actitud positiva, la cual nos guía a que ellos logren optar por decisiones asertivas para el autocuidado y la prevención de enfermedades y sus complicaciones. La educación continua a los pacientes es importante para reforzar y ampliar los conocimientos que ya poseen; pues ellos mismos serán los que compartirán información correcta, adecuada, y fácil de comprender con personas (familiares, amigos, vecinos) que no saben al respecto de diabetes; así como mejorar sus prácticas y generar concientización sobre la prevención desde su núcleo familiar.

De la misma manera, estos hallazgos sugieren que probablemente existen deficiencias relacionadas en la atención brindada por parte del personal de salud a los pacientes y debería ser considerada por las autoridades de salud para tomar las medidas que sean necesarias reducir la morbilidad por esta causa ya que según cifras del MINSA y de la OPS, la diabetes mellitus está incluida dentro de las 10 principales causas de mortalidad en Nicaragua.

XIV. CONCLUSIONES

En la población encuestada predominó el sexo femenino entre edades de 40 a 49 años, imperando la ocupación ama de casa con nivel educativo primario y procedencia rural.

Los conocimientos sobre Diabetes que poseen los entrevistados son regulares; con deficiencia principalmente en ideas básicas y control glucémico, pero mostrando conceptos satisfactorios sobre importancia de la dieta, el tratamiento y el ejercicio.

Las actitudes que presentan los individuos en estudio son positivas, lo cual contribuye a decisiones asertivas y apropiadas frente al cambio de estilo de vida de ser necesario.

Las prácticas que realizan los consultados son inadecuadas, sustancialmente no realizan actividades (ejercicio, dieta, control peso y glicemia) para cursar con buen estilo de vida por lo que constituyen factores de riesgo para la aparición de la enfermedad.

Se identificó un marcado predominio de índice de masa corporal en sobrepeso y obesidad asociado a la prevalencia de perímetro abdominal con valores aumentados, lo que nos orienta a la persistencia de obesidad central, factor predisponente para síndrome metabólico y posteriormente diabetes.

XV. RECOMENDACIONES

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua:

Estimular la investigación científica en el sector de atención primaria con énfasis en las patologías crónicas para lograr alcanzar mejores resultados tanto en prevención como en promoción de este tipo de enfermedades.

Impulsar a los estudiantes de la carrera de Medicina a fomentar, mediante charlas y murales, medidas de prevención así como causas y consecuencias de las principales patologías crónicas de manera didáctica y precisa.

Al Centro de Salud

Incitar a los médicos asistenciales determinar índice de masa corporal y perímetro abdominal de los pacientes atendidos y alentar a aquellos con resultados alterados modificar estilo de vida para prevenir desarrollar enfermedades crónicas.

Lograr ofrecer a la población en riesgo un esquema de nutrición basado en el poder adquisitivo del individuo para alcanzar una dieta equilibrada.

Brindar a la población consejería nutricional así como impulsarla a realizar actividad física regularmente para conseguir estilos de vidas más saludables.

Elaborar un programa educativo e interactivo por el equipo de dirección del centro de salud relacionado a la responsabilidad individual con respecto a la salud y seguimiento de las indicaciones médicas.

Impulsar programas de educación sobre la diabetes tipo 2 del paciente así como implementar club de diabéticos.

Al Ministerio de Salud

Brindar equipos didácticos como: rotafolio, videos, afiches a fin de una mejor educación a la población sobre los factores de riesgo de la Diabetes Mellitus.

Proporcionar capacitación continua del personal de salud sobre educación nutricional, síndrome metabólico y principales patologías crónicas.

XVI. BIBLIOGRAFÍA

1. Alberti SG. ¿Podemos prevenir la diabetes? *Diabetes Voice*. 2011; Nov; 46
2. American Diabetes Association. (2015). Las Normas de Atención Médica en la Diabetes 2015. *Diabetes Care*, 1-102
3. Aschner, P., & Colaboradores. (2013). Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 17;19-22.
4. Association American Diabetes. (1998). Therapy for diabetes mellitus and related disorders. *ADA*, (3.^a ed.). *Clinical Education Series*.
5. Beran, D., Atlán-Corea, C., Tapia, B., Martínez, A. J., & Guadamuz de Castro, A. (2007). Atención Diabética en Nicaragua, estudio RAPIA. *Diabetes Voice*, Volumen 52, Numero 4, 38-40.
6. Comité Ejecutivo ALAD. (2013). Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 17;19-22.
7. Estrada N., D. B. (Agosto- Diciembre de 2010). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes en comerciantes del mercado municipal. Masaya, Nicaragua
8. Federación Internacional de Diabetes. Plan mundial contra la diabetes 2011- 2021. Bruselas; 2011
9. Fundación para la Diabetes. (2015) *Atlas de la Diabetes*. (7^{ma} ed): www.diabetesatlas.org
10. F.I.D. (14 de noviembre de 2005). Fundación para la Diabetes. Obtenido de Fundación para la diabetes: <http://www.fundaciondiabetes.org/diamundial/351/2005-diabetes-y-cuidado-del-pie>
11. Fletes Bravo, C., & Gaitan Hernández, J. (Enero-Febrero de 2014). Tesis para optar al título de médico y cirujano. *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus en usuarios de la consulta externa en el HRAJ*. Chontales, Nicaragua.
12. Gumucio Sybille et Médecins du Monde. *Data collection, quantitative methods: The KAP Survey model (Knowledge, Attitude & Practices)*. 2011; enero; p. 2-38
13. Harrison, T. (2006). *Principios de Medicina Interna* 16 ed. Mc Graw-Hill.
14. Instituto Nacional de Información y Desarrollo. *Paiwas en Cifras*. Managua: INIDE. Marzo de 2008

15. Licea Puig, M. E., Bustamante Tejjido, M., & Lemane Pérez, M. (2008). Diabetes tipo 2 en niños y adolescentes: aspectos clínico-epidemiológicos, patogénicos y terapéuticos . *Revista Cubana de Endocrinología*. v.19 n.1.
16. Linzan Muñoz, M. (2009). Trabajo de disertación previo a la obtención del título de licenciada en nutrición humana. *Nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos tipo 2 sobre el manejo de su condición con relación a su control glucémico en el Instituto integral Prevención de Diabetes en el período de septiembre a octubre en el 2009*. QUITO, ECUADOR.
17. MINSA. (2011). *Norma 081- Protocolo de atención de la Diabetes Mellitus*. Managua, Nicaragua: MINSA.
18. MINSA. *Normas del programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles*. MINSA, Nicaragua, Septiembre 2000.
19. Morales Vallecillo, J. (Mayo a junio de 2007). Tesis para optar al título de Master en Salud Pública. *Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos, programa dispensarizados en los 6 centro desalud del SILAIS*. Estelí, Nicaragua.
20. Moreno L. Epidemiología y diabetes. *RevFacMed UNAM* 2001; 44 (1): 35-37.
21. Navarro Cárdenas, Rodríguez Moctezuma, Munguía Miranda, & Hernández Santiago. (2000). Nivel de información médica sobre diabetes, actitud de los pacientes hacia la enfermedad y su asociación con el nivel de control glucémico. *Atención Primaria Vol. 26*, Núm. 05. 30 .
22. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas: 2007. Vol.II. Publicación Científica y Técnica No. 622*. Washington D.C.: OPS. 2007.
23. Paccha Loayza, D., Muñoz Verdugo, I., & Juca Ortega, D. (2014). Tesis Pregrado. *Conocimientos, actitudes y prácticas en diabetes mellitus tipo 2 Fundación Donum*. Cuenca, 2014. Cuenca, Ecuador
24. Tello Vásquez, M. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación. Lima, Perú: Imprenta Unión de la Universidad Peruana Union -Lima
25. República de Nicaragua. (Noviembre,2011). *Protocolo de Atención de la Diabetes Mellitus*. Managua
26. Wall S. (Editorial) Public health in transition. *Scand J PublicHealth* 2000; 28 (1): 2-3.

27. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H: Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004, 27:1047-53.

XVII. ANEXOS

1. Instrumento de Recolección

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – Managua

Facultad de Ciencias Médicas

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Diabetes Mellitus, de pacientes que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

N° de ficha: _____

Mi nombre es _____, estamos realizando un estudio con pacientes que acuden al centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando”. El objetivo es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes entrevistados.

Usted nos autoriza realizarle esta encuesta: SI _____ NO _____

Firma autorizando la encuesta: _____

Instrucciones: A continuación se le realizarán una serie de preguntas, por favor contestar cada una según lo que usted sepa. Toda la información que usted brinde será confidencial. No es necesario que escriba su nombre.

Fecha: _____

Edad: ____ años

Sexo:

Masculino _____ Femenino _____

Estado Civil:

Soltero/a____ Casado/a____ Acompañado/a____ Viudo/a____

Escolaridad:

Ninguna____ Alfabetizada/o____ Primaria Incompleta____ Primaria Completa____ Técnica____
Secundaria completa____ Secundaria Incompleta____ Universitaria____

Procedencia:

Rural____ Urbano____

Ocupación:

Ama de Casa _____ Agricultor____ Otros _____

Talla: _____ cm Peso: _____ KG IMC: _____ P. Abdominal: _____ cm

Conocimientos	Si	No
¿Conoce o ha escuchado sobre la enfermedad Diabetes Mellitus?		
¿Ha escuchado información sobre Diabetes en los medios de comunicación?		
¿Ha escuchado información sobre Diabetes en los servicios de salud?		
¿Tiene o ha tenido algún familiar que padezca esta enfermedad?		
¿Conoce usted sobre la prueba de glicemia?		
¿Cree que la Diabetes Mellitus puede curarse?		
¿Cree usted que el sobrepeso influye en la aparición de esta enfermedad?		
¿Cree que la alimentación inadecuada esté relacionada con dicha enfermedad?		
¿Cree usted que la alimentación en esta enfermedad debe ser diferente?		
¿Cree que la falta de ejercicio ayude a la aparición de la Diabetes Mellitus?		
¿Conoce complicaciones de la Diabetes Mellitus?		
¿Cree que el tratamiento de esta enfermedad basa únicamente en toma de medicamento?		
¿Cree que el cumplimiento del tratamiento ayuda al control de la enfermedad?		
Si sus padres son diabéticos, ¿usted podría desarrollar esta enfermedad?		

Actitudes	Si	No
Si estuviera con sobrepeso, ¿estaría dispuesto (a) a bajar de peso?		
Si estuviera con sobrepeso, ¿estaría dispuesto (a) a mejorar mi dieta?		
Si estuviera con sobrepeso, ¿estaría dispuesto (a) a hacer más ejercicio físico?		
¿Tiene tiempo para hacer ejercicio?		
¿Es difícil consumir comidas saludables?		
¿Quisiera saber más acerca de cómo estar más saludable sin necesidad de tomar medicamentos?		
¿Le gustaría realizarse una evaluación anual de salud?		
¿Cuesta mucho mantenerse en forma?		
Si le diagnosticaran Diabetes Mellitus, ¿sentiría mucha tristeza?		
Si tuviera alto riesgo de padecer esta enfermedad, ¿estaría dispuesto a cambiar su estilo de vida?		

Prácticas	Si	No
¿Hace ejercicio al menos tres veces a la semana?		
¿Come en forma saludable?		
¿Se pesó recientemente?		
¿Conoce su índice de masa corporal?		
¿Chequea su glicemia una vez al año?		
¿Mantiene control de su peso?		
¿Mantiene control de su glicemia?		
¿Cree que es su responsabilidad cuidar de su salud?		
¿Toma precauciones para tener una buena calidad de vida?		
¿Haría dieta si su médico se lo orientara?		
¿Haría ejercicio si con eso mejorara su salud?		
¿Realiza usted actividades para disminuir el sedentarismo?		

2. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Estimado usuario (a), nosotros médicos en servicio social de la Facultad de Medicina, le planteamos que estamos realizando un estudio sobre “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Diabetes Mellitus, de pacientes que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Si usted acepta participar en esta investigación no recibirá un beneficio directo de los resultados de este estudio. La información obtenida en este estudio podría ayudarnos en el futuro a mejorar sobre el manejo de la Diabetes.

Yo _____ he leído la información de esta hoja de consentimiento y todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación en este han sido explicadas; autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud a los médicos en servicio social de la Facultad de Medicina UNAN-MANAGUA en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

3. Tablas y Gráficos

TABLA N° 1

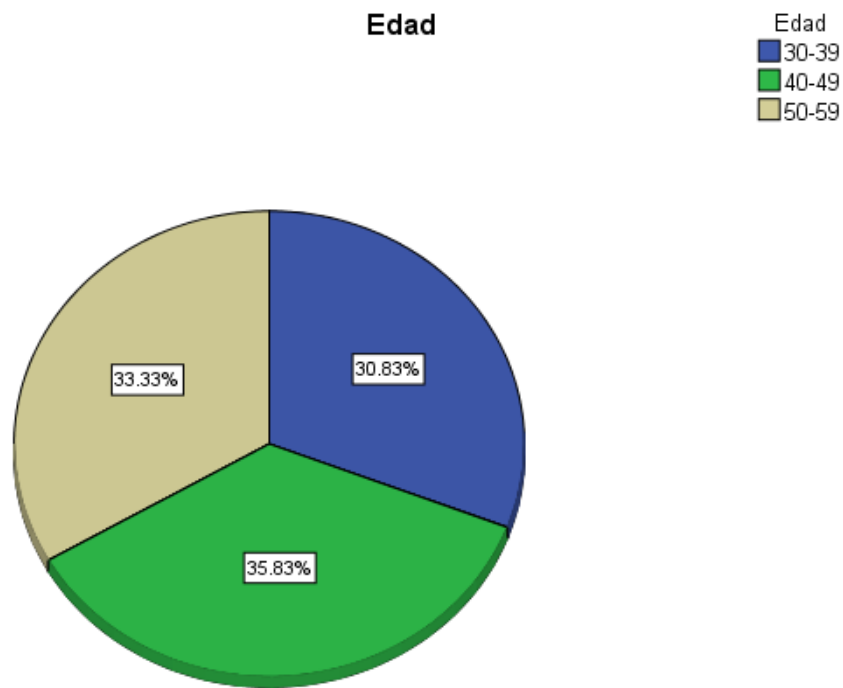
Edad de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Edad			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	30-39	37	30.8
	40-49	43	35.8
	50-59	40	33.3
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°1

Edad de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N° 1

Tabla N°2

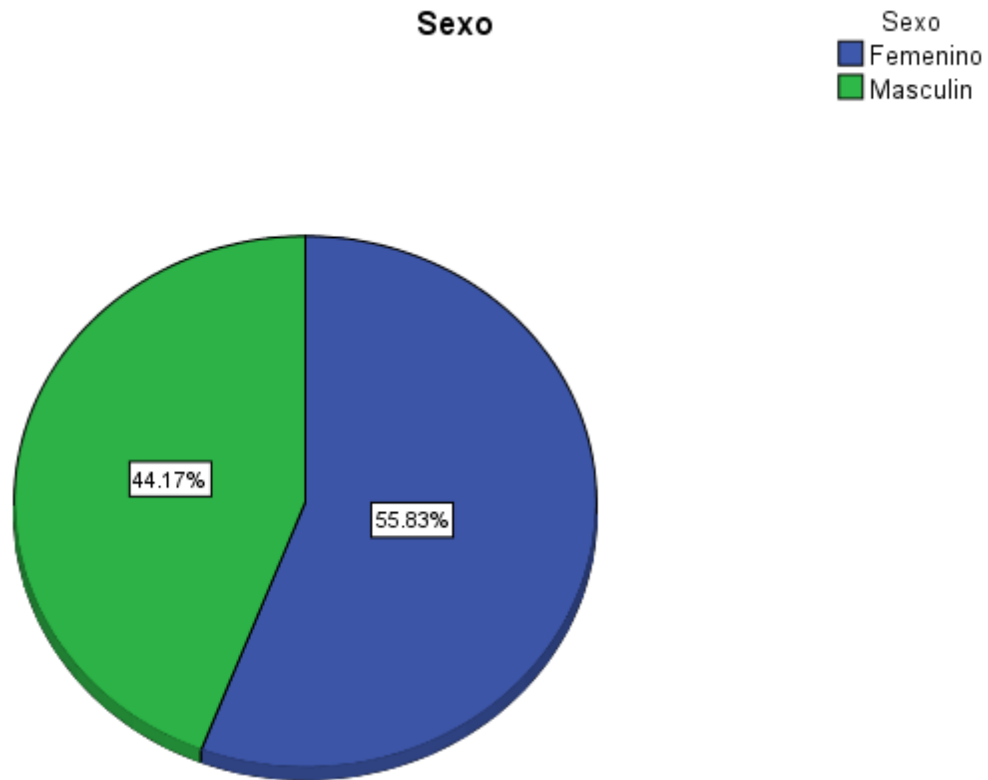
Sexo de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	67	55.8
	Masculino	53	44.2
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°2

Sexo de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°2

Tabla N°3

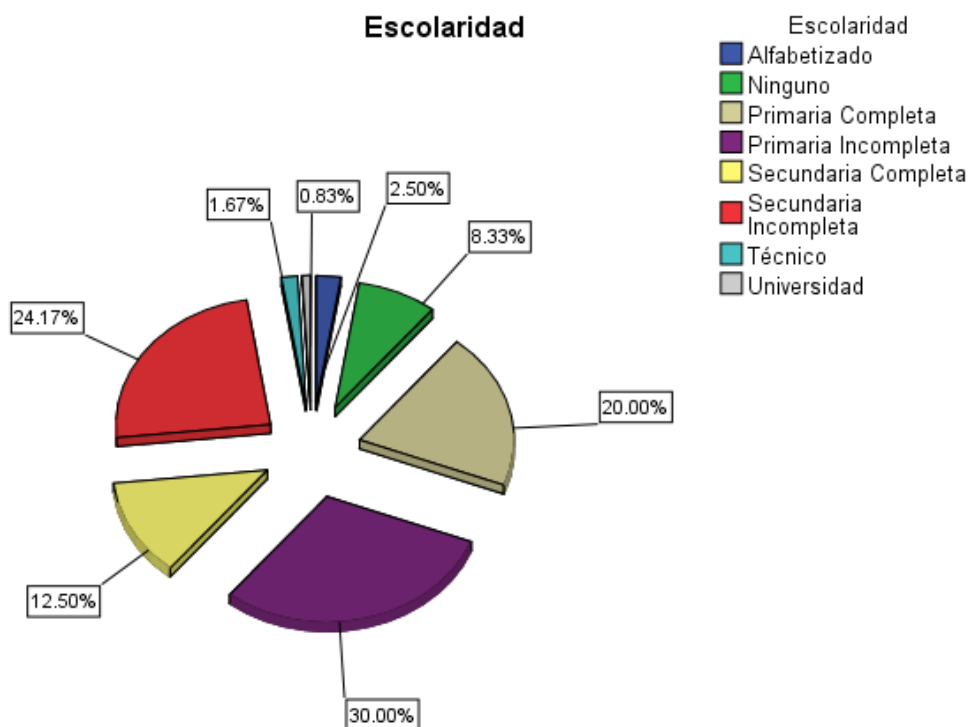
Escolaridad de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alfabetizado	3	2.5
	Ninguno	10	8.3
	Primaria Completa	24	20.0
	Primaria Incompleta	36	30.0
	Secundaria Completa	15	12.5
	Secundaria Incompleta	29	24.2
	Técnico	2	1.7
	Universidad	1	0.8
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°3

Escolaridad de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°3

Tabla N°4

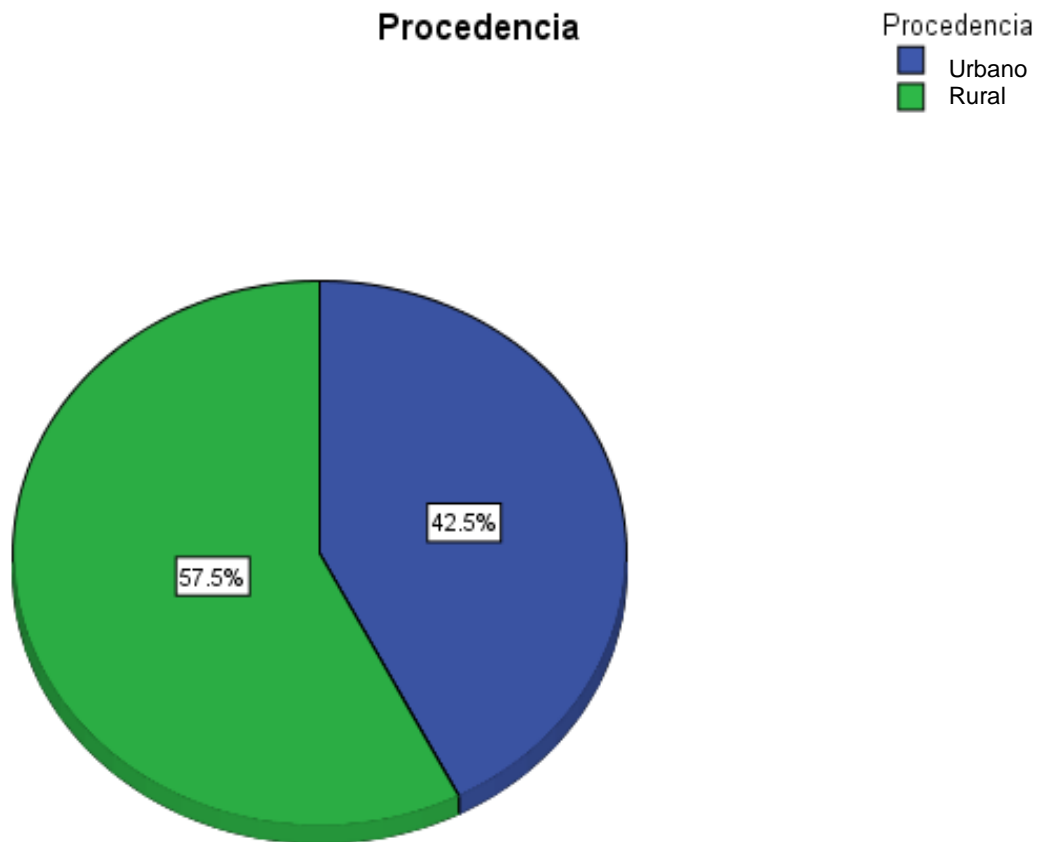
Procedencia de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Procedencia			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Rural	51	42.5
	Urbano	69	57.5
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°4

Procedencia de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°4

Tabla N°5

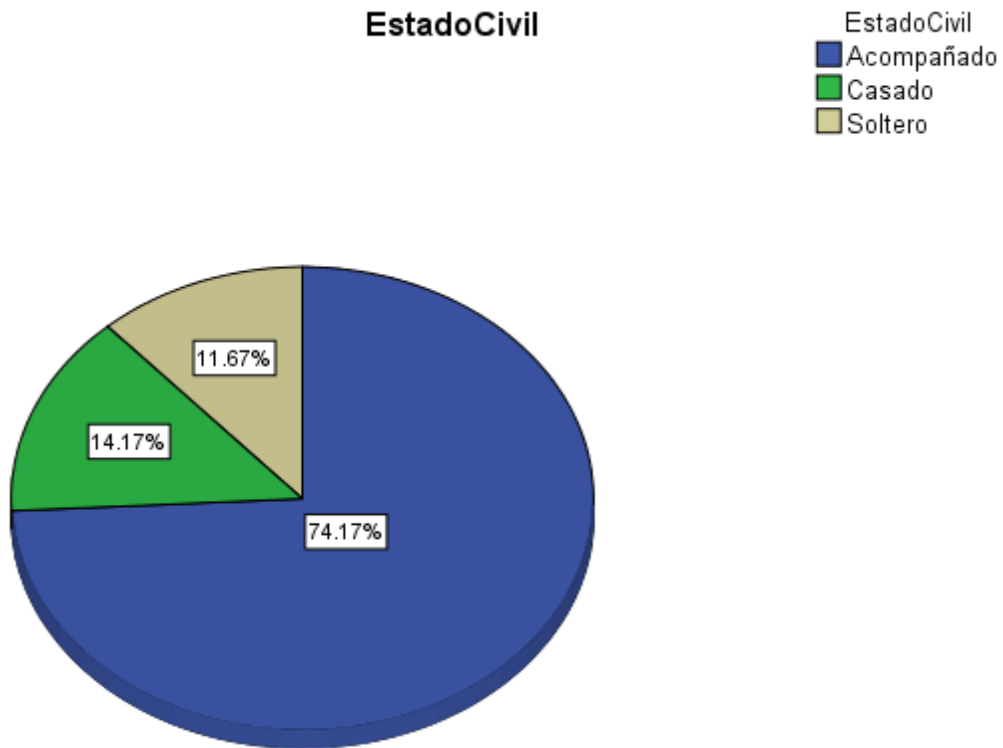
Estado Civil de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Acompañado	89	74.2
	Casado	17	14.2
	Soltero	14	11.7
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°5

Estado Civil de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°5

Tabla N°6

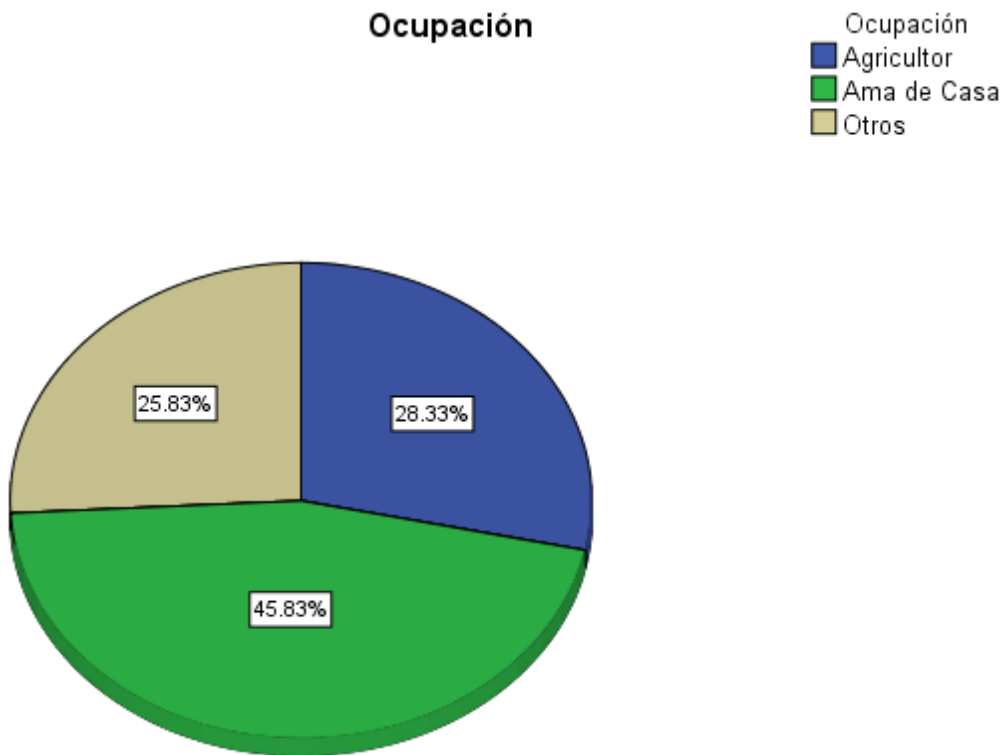
Ocupación de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Ocupación			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Agricultor	34	28.3
	Ama de Casa	55	45.8
	Otros	31	25.8
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°6

Ocupación de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas
“Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°6

Tabla N°7

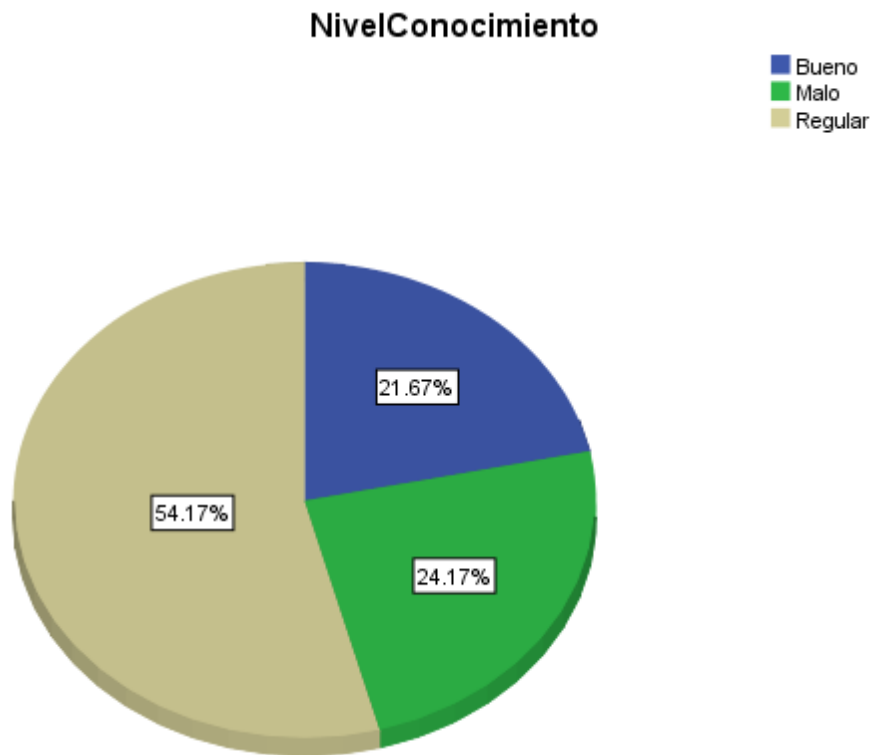
Nivel de conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Nivel Conocimiento			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bueno	26	21.7
	Malo	29	24.2
	Regular	65	54.2
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°7

Nivel de conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°7

Tabla N°8

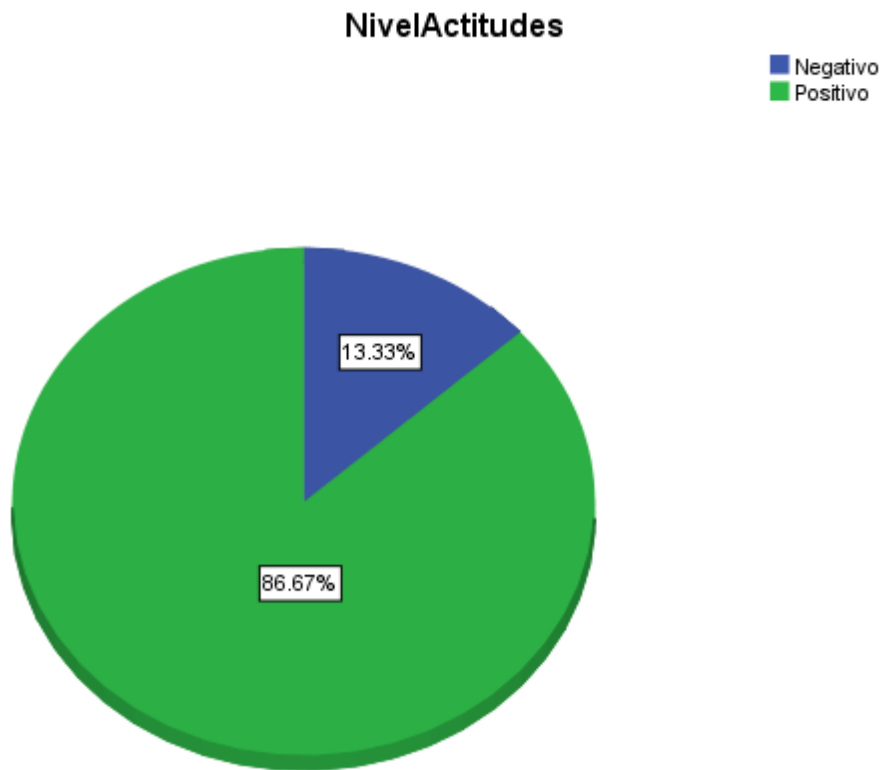
Nivel de actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Nivel Actitudes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Negativo	16	13.3
	Positivo	104	86.7
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°8

Nivel de actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°8

Tabla N°9

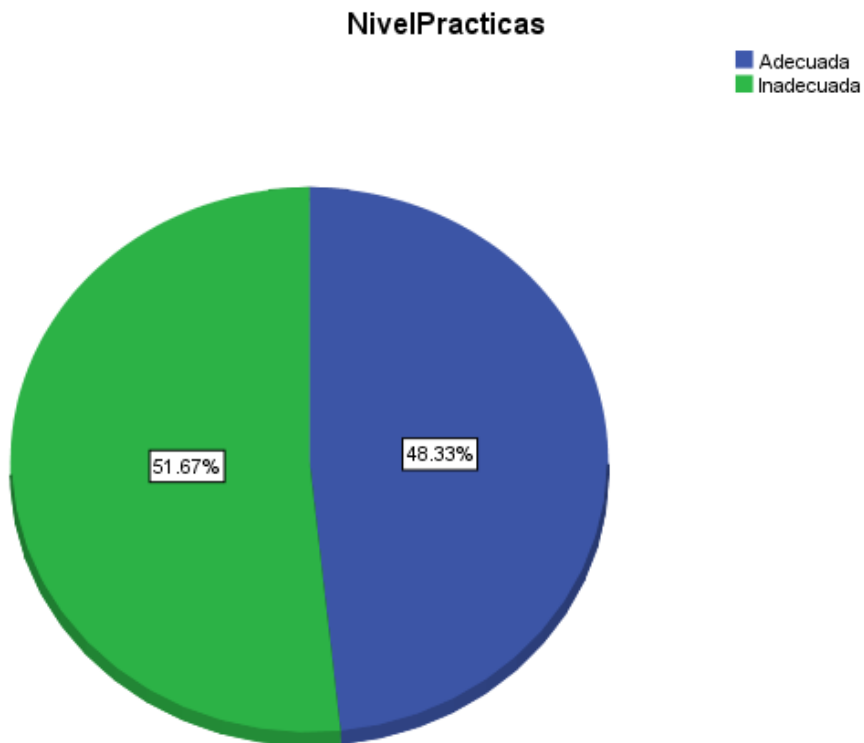
Nivel de prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Nivel Prácticas			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Adecuada	58	48.3
	Inadecuada	62	51.7
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°9

Nivel de prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°9

Tabla N°10

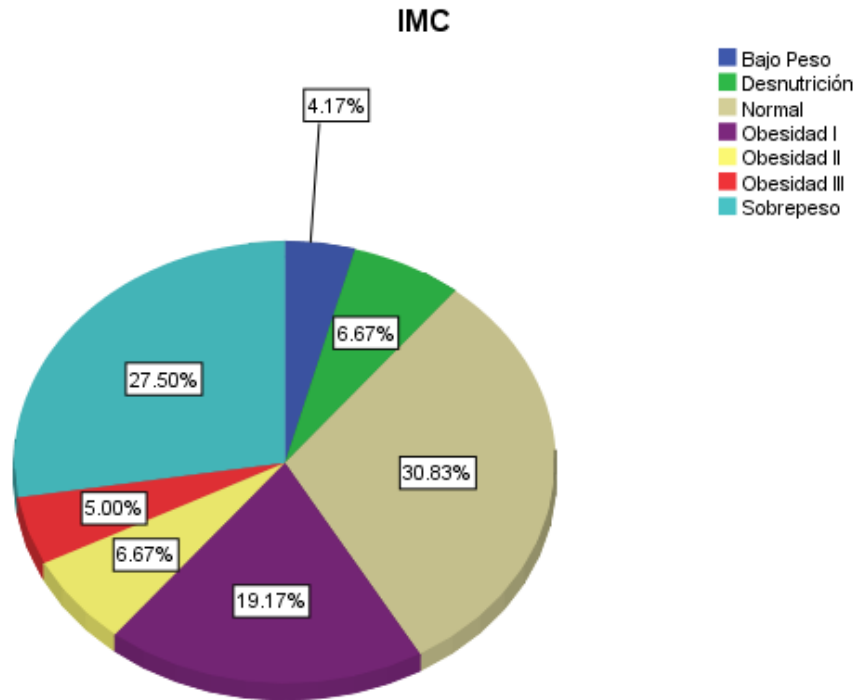
Índice de Masa Corporal de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

IMC			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo Peso	5	4.2
	Desnutrición	8	6.7
	Normal	37	30.8
	Obesidad I	23	19.2
	Obesidad II	8	6.7
	Obesidad III	6	5.0
	Sobrepeso	33	27.5
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°10

Índice de Masa Corporal de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°10

Tabla N°11

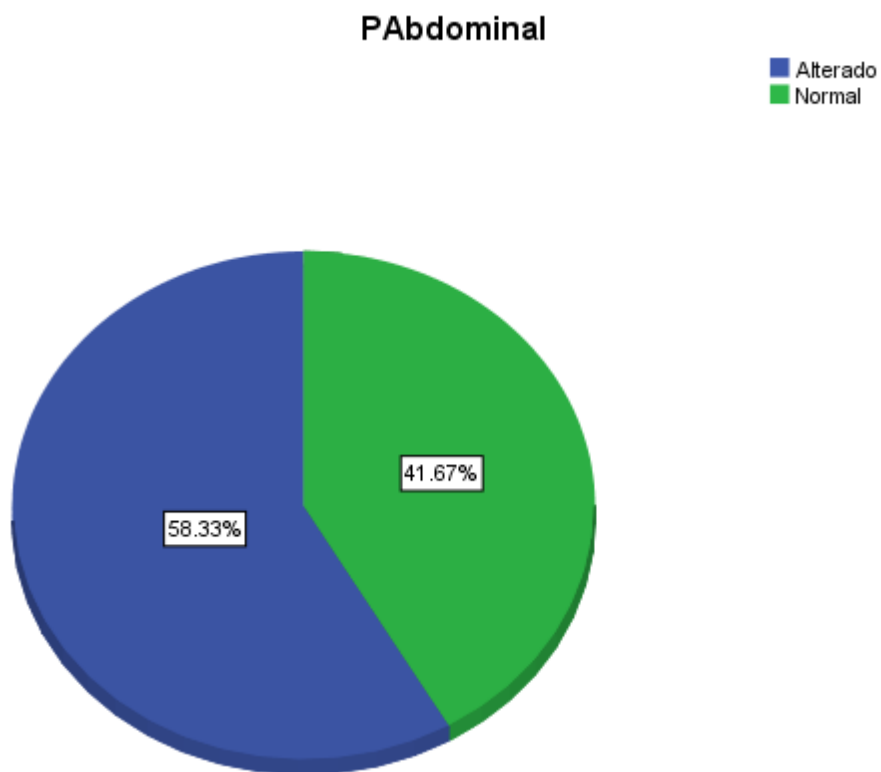
Perímetro Abdominal de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Perímetro Abdominal			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alterado	70	58.3
	Normal	50	41.7
	Total	120	100.0

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°11

Perímetro Abdominal de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°11

Tabla N°12

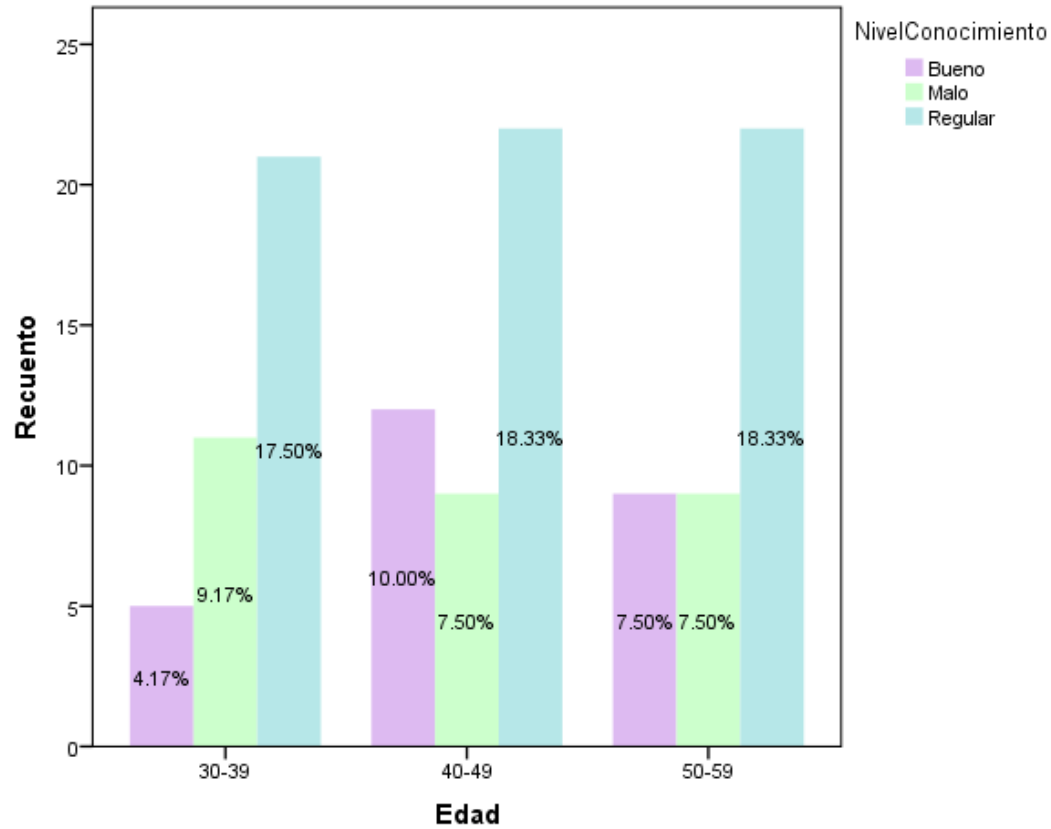
Edad y Nivel de Conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla cruzada Edad*Nivel Conocimiento						
			Nivel Conocimiento			Total
			Bueno	Malo	Regul ar	
Edad	30-39	Recuento	5	11	21	37
		% del total	4.2%	9.2%	17.5%	30.8%
	40-49	Recuento	12	9	22	43
		% del total	10.0%	7.5%	18.3%	35.8%
	50-59	Recuento	9	9	22	40
		% del total	7.5%	7.5%	18.3%	33.3%
Total		Recuento	26	29	65	120
		% del total	21.7%	24.2%	54.2%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°12

Edad y Nivel de Conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente:

Tabla N°12

Tabla N°13

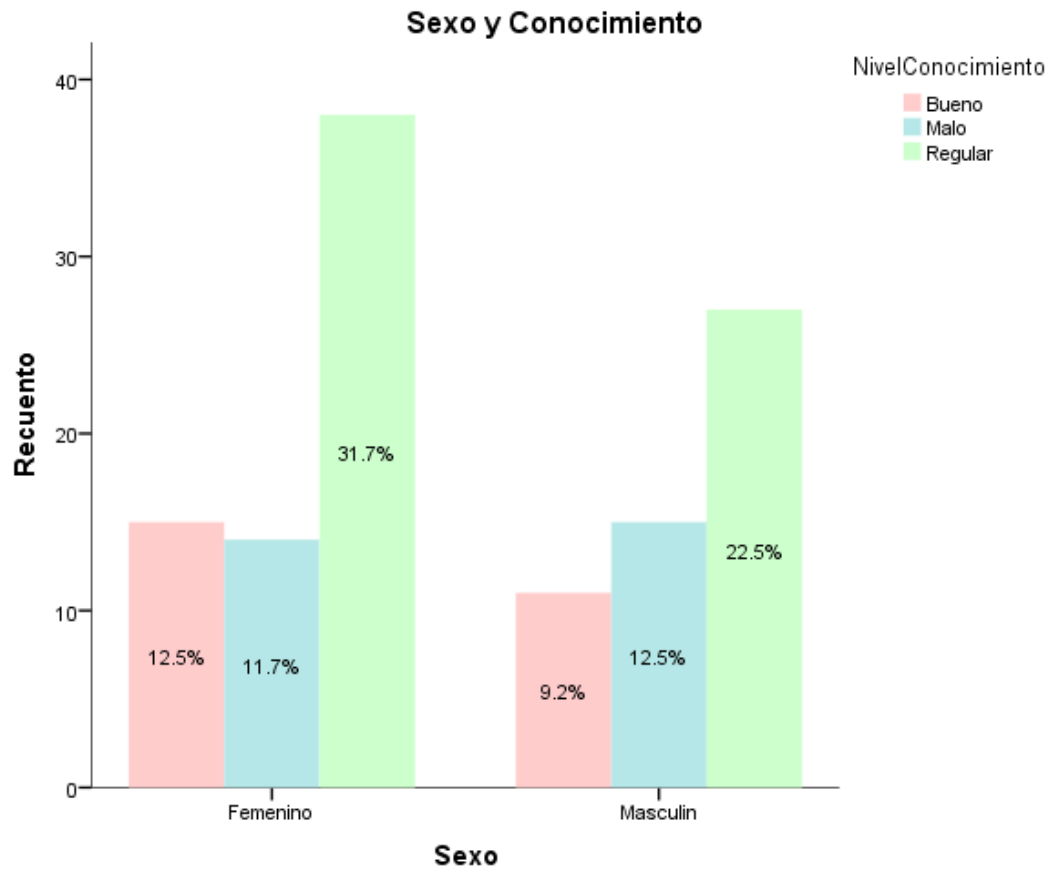
Sexo y Nivel de Conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Sexo*Nivel Conocimiento						
			Nivel Conocimiento			Total
			Bueno	Malo	Regul ar	
Sexo	Femenino	Recuento	15	14	38	67
		% del total	12.5%	11.7%	31.7%	55.8%
	Masculino	Recuento	11	15	27	53
		% del total	9.2%	12.5%	22.5%	44.2%
Total		Recuento	26	29	65	120
		% del total	21.7%	24.2%	54.2%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°13

Sexo y Nivel de Conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°13

Tabla N°14

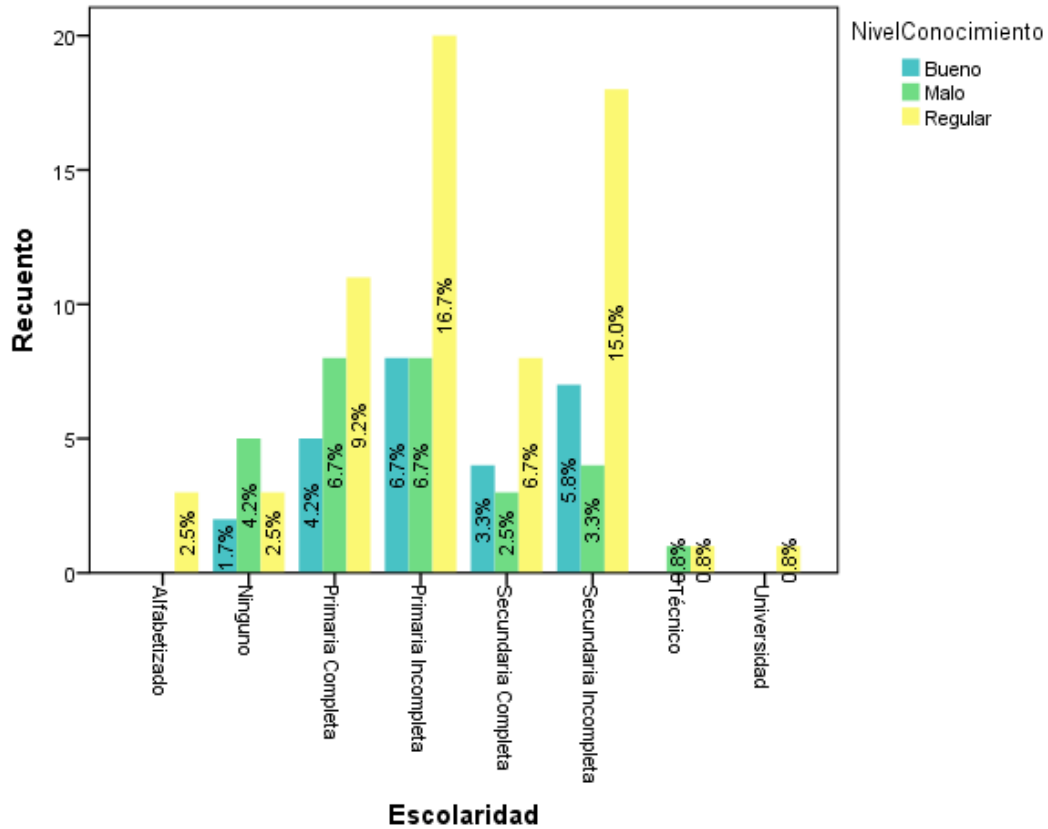
Escolaridad y Nivel de Conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla cruzada Escolaridad*Nivel Conocimiento						
			Nivel Conocimiento			Total
			Bueno	Malo	Regular	
Escolaridad	Alfabetizado	Recuento	0	0	3	3
		% del total	0.0%	0.0%	2.5%	2.5%
	Ninguno	Recuento	2	5	3	10
		% del total	1.7%	4.2%	2.5%	8.3%
	Primaria Completa	Recuento	5	8	11	24
		% del total	4.2%	6.7%	9.2%	20.0%
	Primaria Incompleta	Recuento	8	8	20	36
		% del total	6.7%	6.7%	16.7%	30.0%
	Secundaria Completa	Recuento	4	3	8	15
		% del total	3.3%	2.5%	6.7%	12.5%
	Secundaria Incompleta	Recuento	7	4	18	29
		% del total	5.8%	3.3%	15.0%	24.2%
	Técnico	Recuento	0	1	1	2
		% del total	0.0%	0.8%	0.8%	1.7%
	Universidad	Recuento	0	0	1	1
		% del total	0.0%	0.0%	0.8%	0.8%
Total		Recuento	26	29	65	120
		% del total	21.7%	24.2%	54.2%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°14

Escolaridad y Nivel de Conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°14

Tabla N°15

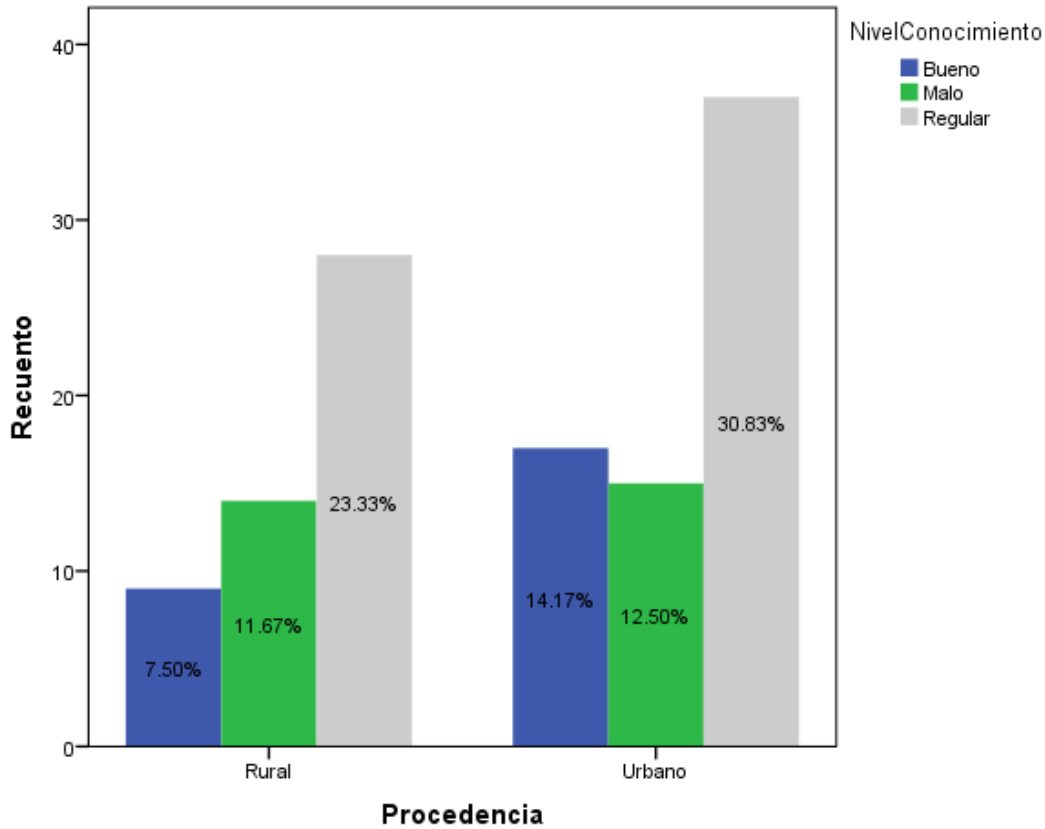
Procedencia y Nivel de Conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Procedencia*Nivel Conocimiento						
			Nivel Conocimiento			Total
			Bueno	Malo	Regular	
Procedencia	Rural	Recuento	9	14	28	51
		% del total	7.5%	11.7%	23.3%	42.5%
	Urbano	Recuento	17	15	37	69
		% del total	14.2%	12.5%	30.8%	57.5%
Total		Recuento	26	29	65	120
		% del total	21.7%	24.2%	54.2%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°15

Procedencia y Nivel de Conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°15

Tabla N°16

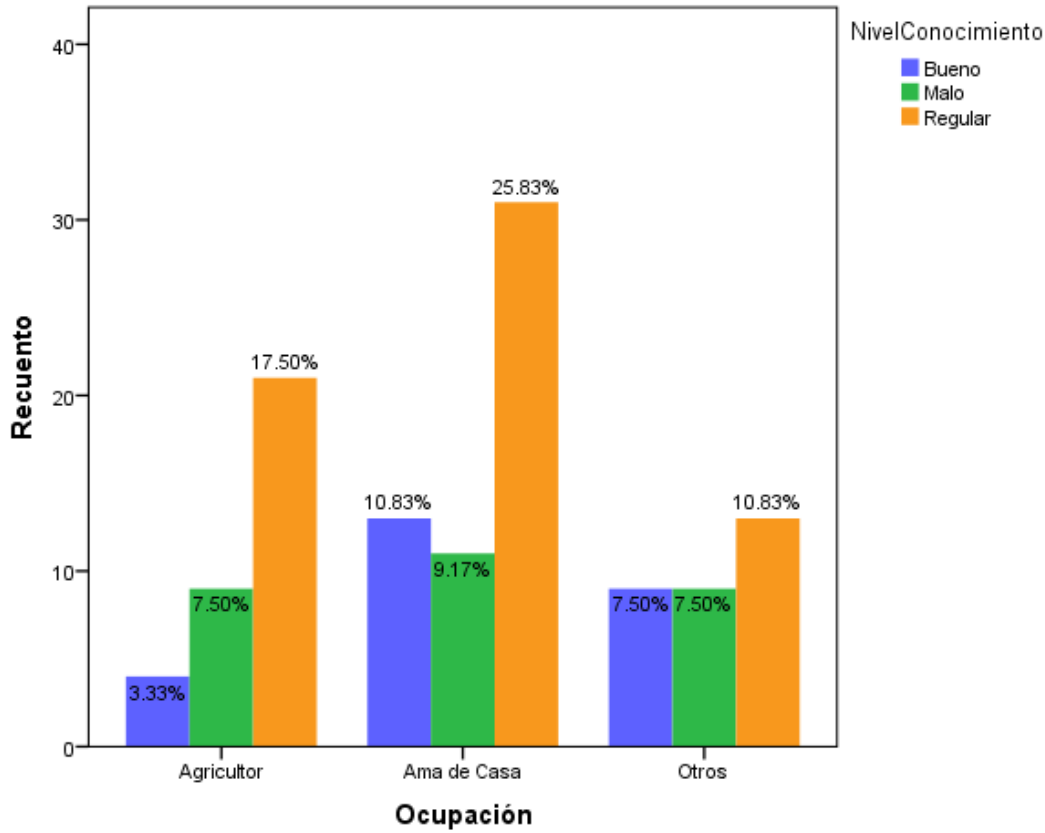
Ocupación y Nivel de Conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Ocupación*Nivel Conocimiento						
			Nivel Conocimiento			Total
			Bueno	Malo	Regular	
Ocupación	Agricultor	Recuento	4	9	21	34
		% del total	3.3%	7.5%	17.5%	28.3%
	Ama de Casa	Recuento	13	11	31	55
		% del total	10.8%	9.2%	25.8%	45.8%
	Otros	Recuento	9	9	13	31
		% del total	7.5%	7.5%	10.8%	25.8%
Total		Recuento	26	29	65	120
		% del total	21.7%	24.2%	54.2%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°16

Ocupación y Nivel de Conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N° 16

Tabla N°17

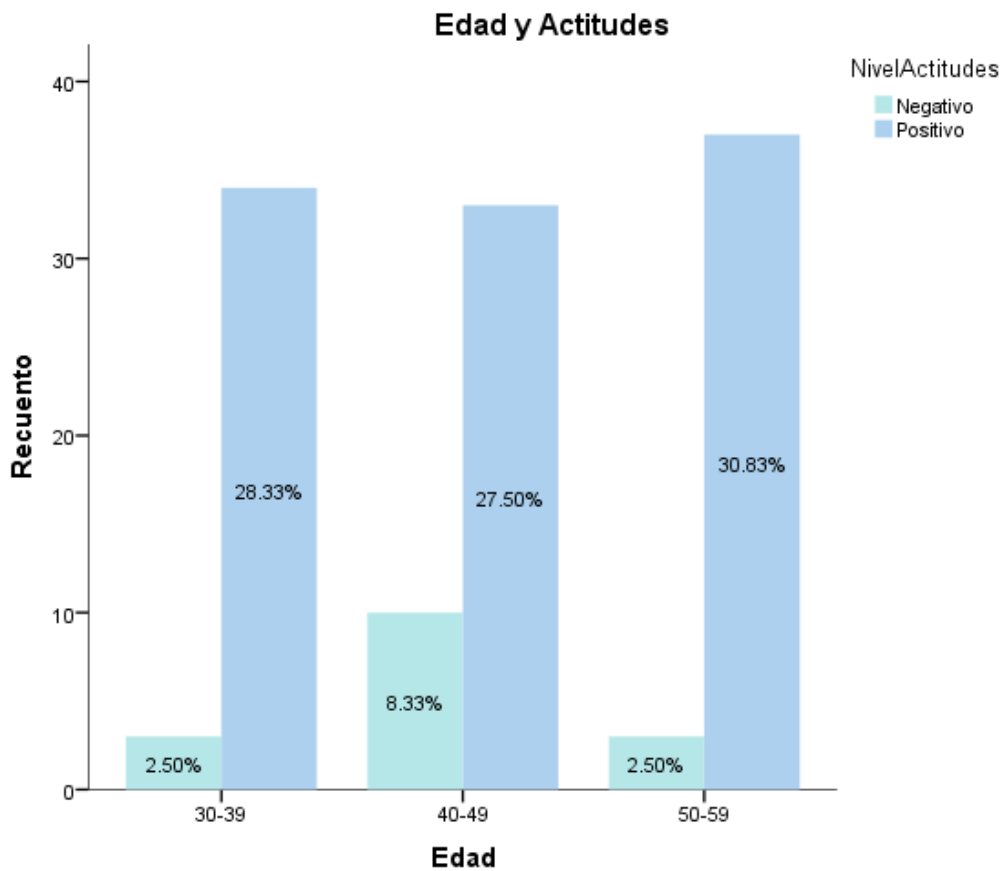
Edad y Nivel de Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Edad*Nivel Actitudes					
			Nivel Actitudes		Total
			Negativo	Positivo	
Edad	30-39	Recuento	3	34	37
		% del total	2.5%	28.3%	30.8%
	40-49	Recuento	10	33	43
		% del total	8.3%	27.5%	35.8%
	50-59	Recuento	3	37	40
		% del total	2.5%	30.8%	33.3%
Total		Recuento	16	104	120
		% del total	13.3%	86.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°17

Edad y Nivel de Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°17

Tabla N°18

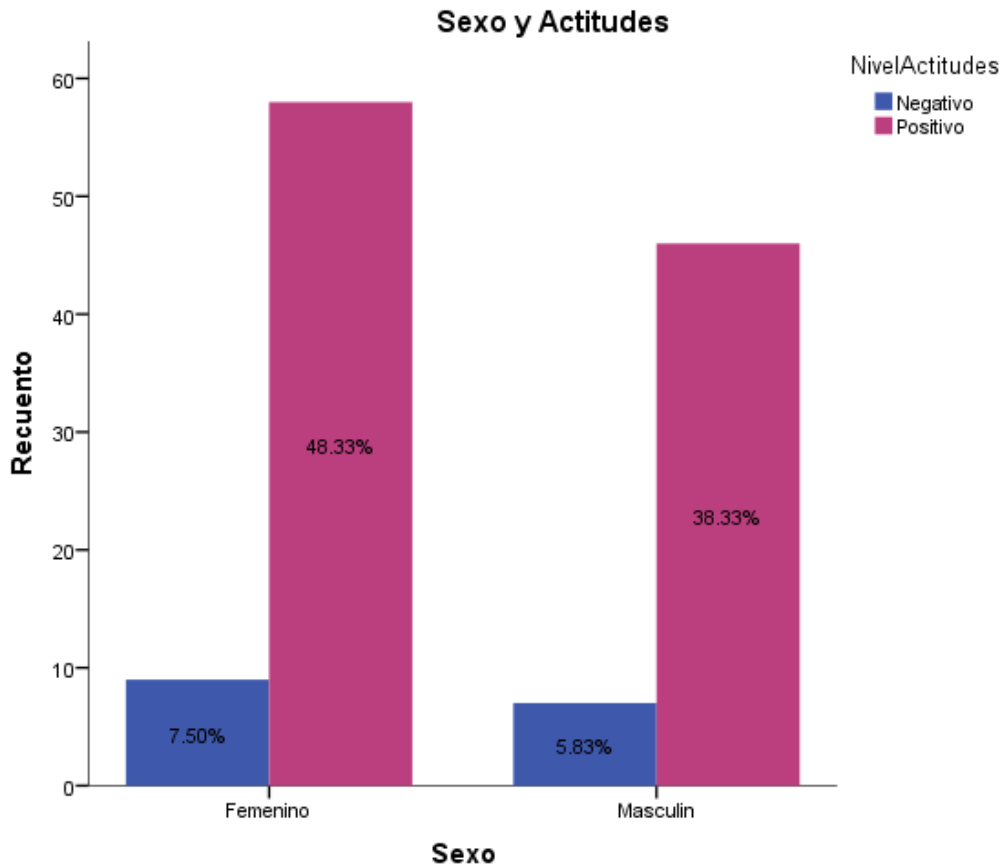
Sexo y Nivel de Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Sexo*Nivel Actitudes					
			Nivel Actitudes		Total
			Negativo	Positivo	
Sexo	Femenino	Recuento	9	58	67
		% del total	7.5%	48.3%	55.8%
	Masculino	Recuento	7	46	53
		% del total	5.8%	38.3%	44.2%
Total		Recuento	16	104	120
		% del total	13.3%	86.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°18

Sexo y Nivel de Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°18

Tabla N°19

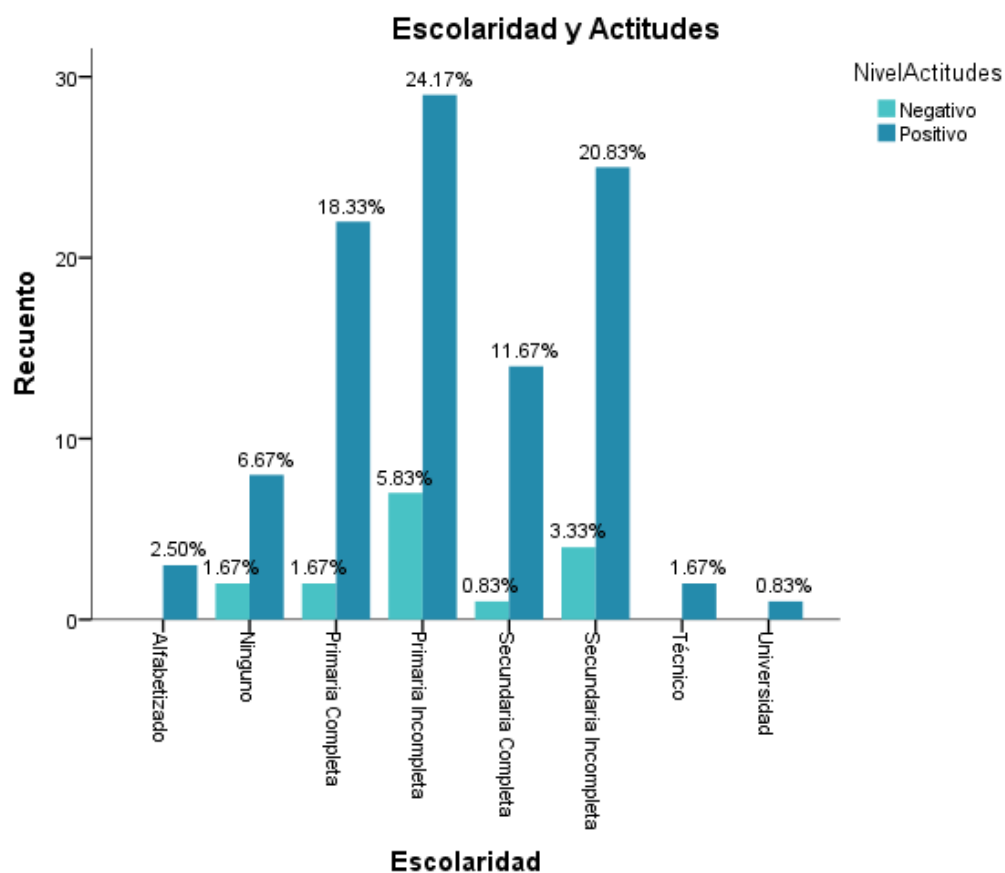
Escolaridad y Nivel de Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Escolaridad*Nivel Actitudes					
			Nivel Actitudes		Total
			Negativo	Positivo	
Escolaridad	Alfabetizado	Recuento	0	3	3
		% del total	0.0%	2.5%	2.5%
	Ninguno	Recuento	2	8	10
		% del total	1.7%	6.7%	8.3%
	Primaria Completa	Recuento	2	22	24
		% del total	1.7%	18.3%	20.0%
	Primaria Incompleta	Recuento	7	29	36
		% del total	5.8%	24.2%	30.0%
	Secundaria Completa	Recuento	1	14	15
		% del total	0.8%	11.7%	12.5%
	Secundaria Incompleta	Recuento	4	25	29
		% del total	3.3%	20.8%	24.2%
	Técnico	Recuento	0	2	2
		% del total	0.0%	1.7%	1.7%
	Universidad	Recuento	0	1	1
		% del total	0.0%	0.8%	0.8%
Total		Recuento	16	104	120
		% del total	13.3%	86.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°19

Escolaridad y Nivel de Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°19

Tabla N°20

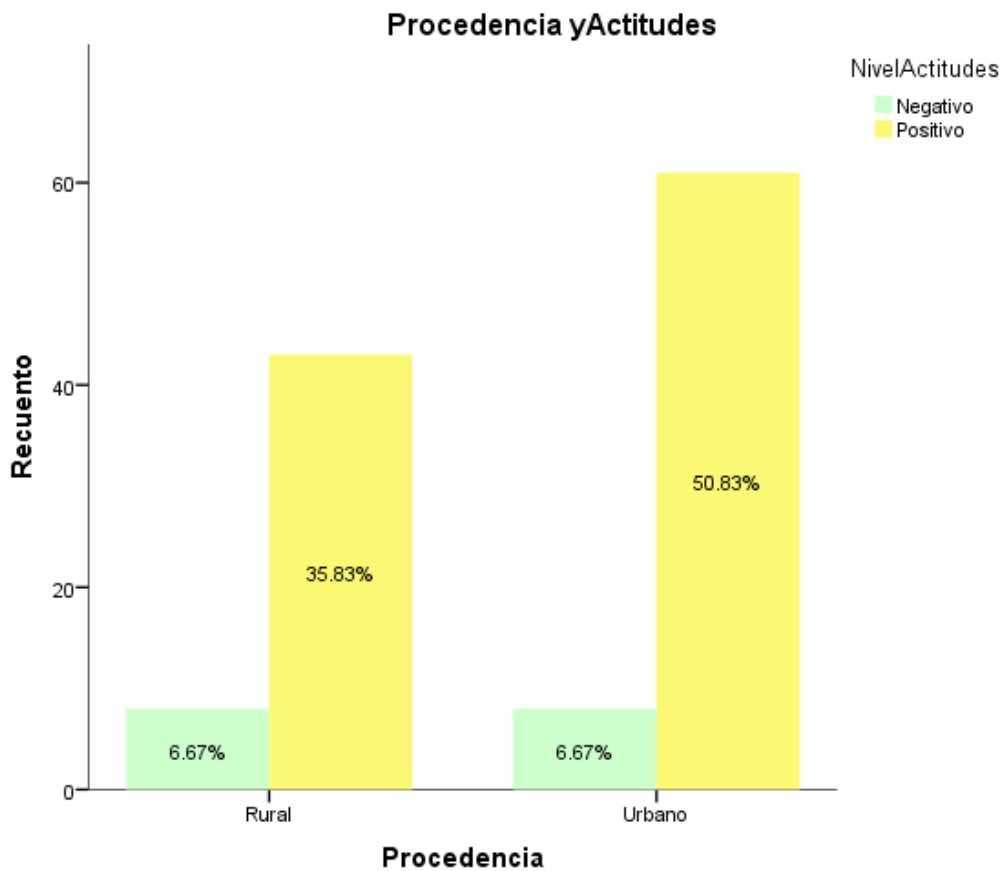
Procedencia y Nivel de Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Procedencia*Nivel Actitudes					
			Nivel Actitudes		Total
			Negativo	Positivo	
Procedencia	Rural	Recuento	8	43	51
		% del total	6.7%	35.8%	42.5%
	Urbano	Recuento	8	61	69
		% del total	6.7%	50.8%	57.5%
Total		Recuento	16	104	120
		% del total	13.3%	86.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°20

Procedencia y Nivel de Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°20

Tabla N°21

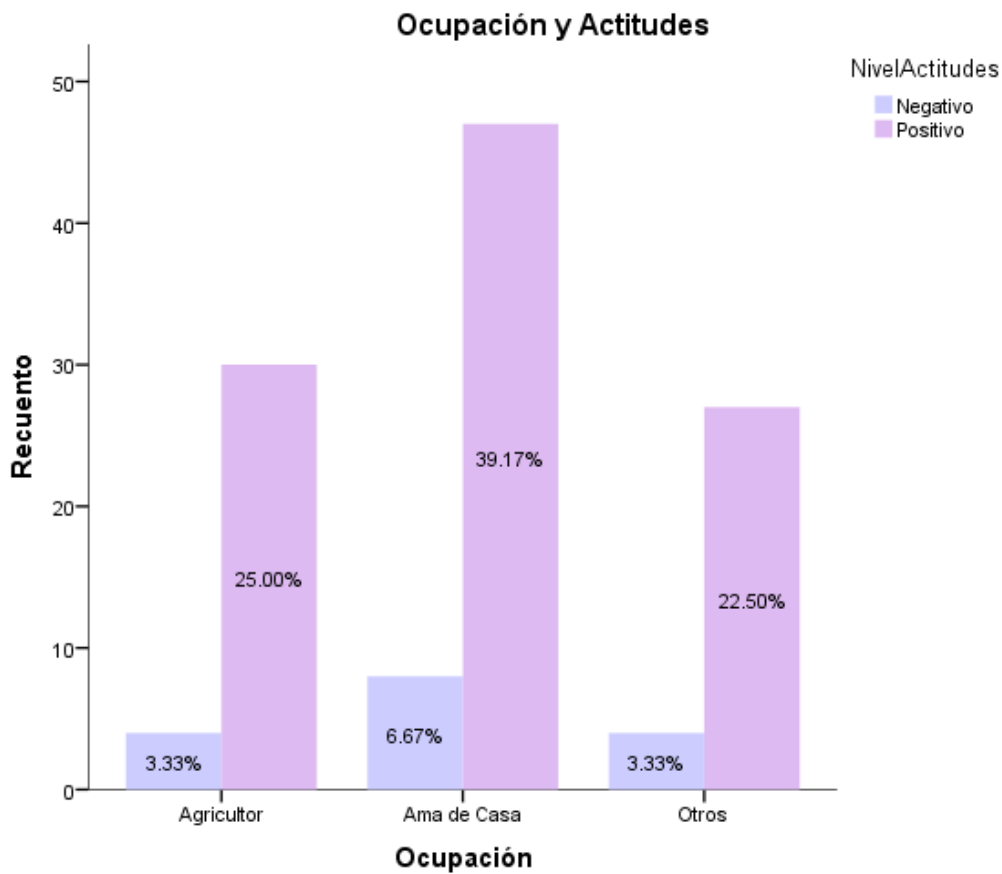
Ocupación y Nivel de Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Ocupación*Nivel Actitudes					
			Nivel Actitudes		Total
			Negativo	Positivo	
Ocupación	Agricultor	Recuento	4	30	34
		% del total	3.3%	25.0%	28.3%
	Ama de Casa	Recuento	8	47	55
		% del total	6.7%	39.2%	45.8%
	Otros	Recuento	4	27	31
		% del total	3.3%	22.5%	25.8%
Total		Recuento	16	104	120
		% del total	13.3%	86.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°21

Ocupación y Nivel de Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°21

Tabla N°22

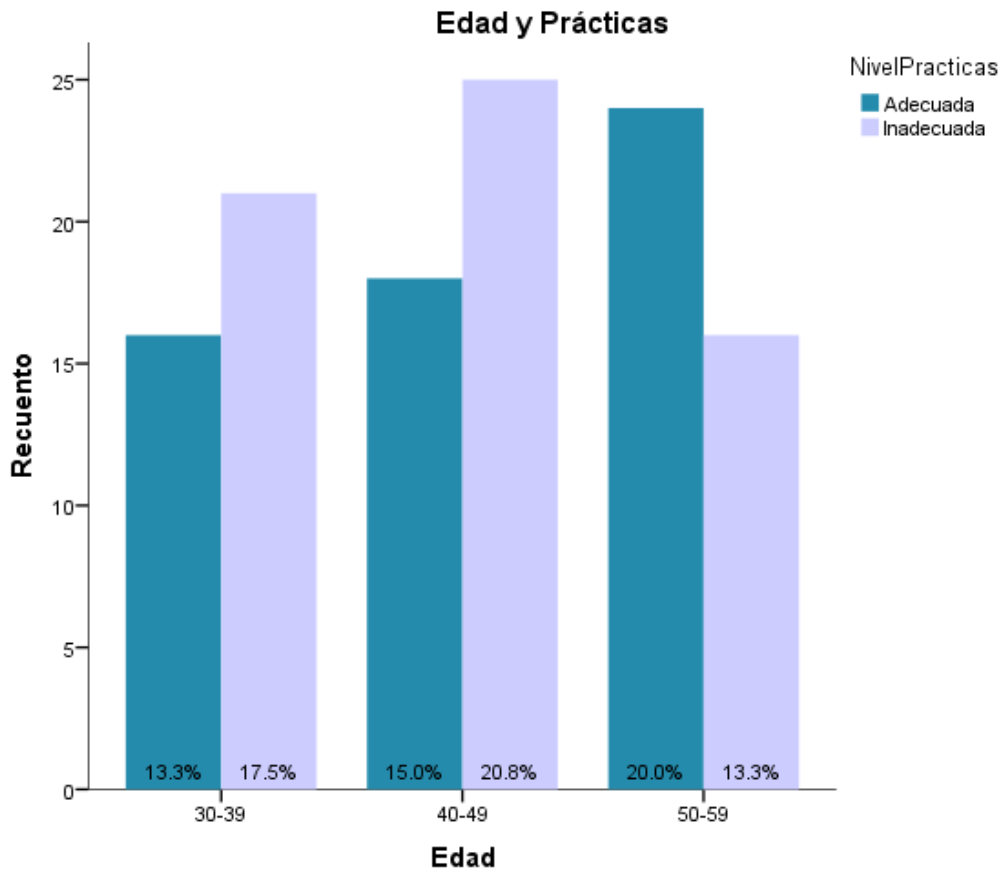
Edad y Nivel de Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Edad*Nivel Prácticas					
			Nivel Prácticas		Total
			Adecuada	Inadecuada	
Edad	30-39	Recuento	16	21	37
		% del total	13.3%	17.5%	30.8%
	40-49	Recuento	18	25	43
		% del total	15.0%	20.8%	35.8%
	50-59	Recuento	24	16	40
		% del total	20.0%	13.3%	33.3%
Total		Recuento	58	62	120
		% del total	48.3%	51.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°22

Edad y Nivel de Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°22

Tabla N°23

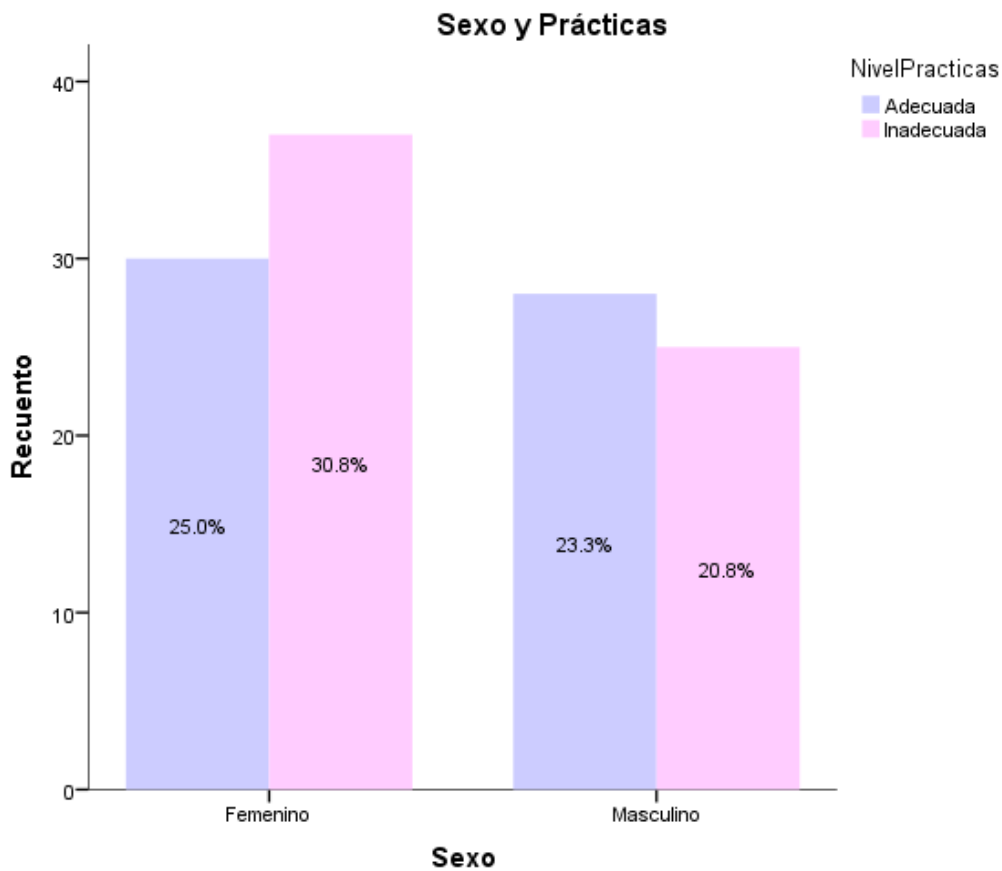
Sexo y Nivel de Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Sexo*Nivel Prácticas					
			Nivel Prácticas		Total
			Adecuada	Inadecuada	
Sexo	Femenino	Recuento	30	37	67
		% del total	25.0%	30.8%	55.8%
	Masculino	Recuento	28	25	53
		% del total	23.3%	20.8%	44.2%
Total		Recuento	58	62	120
		% del total	48.3%	51.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°23

Sexo y Nivel de Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°23

Tabla N°24

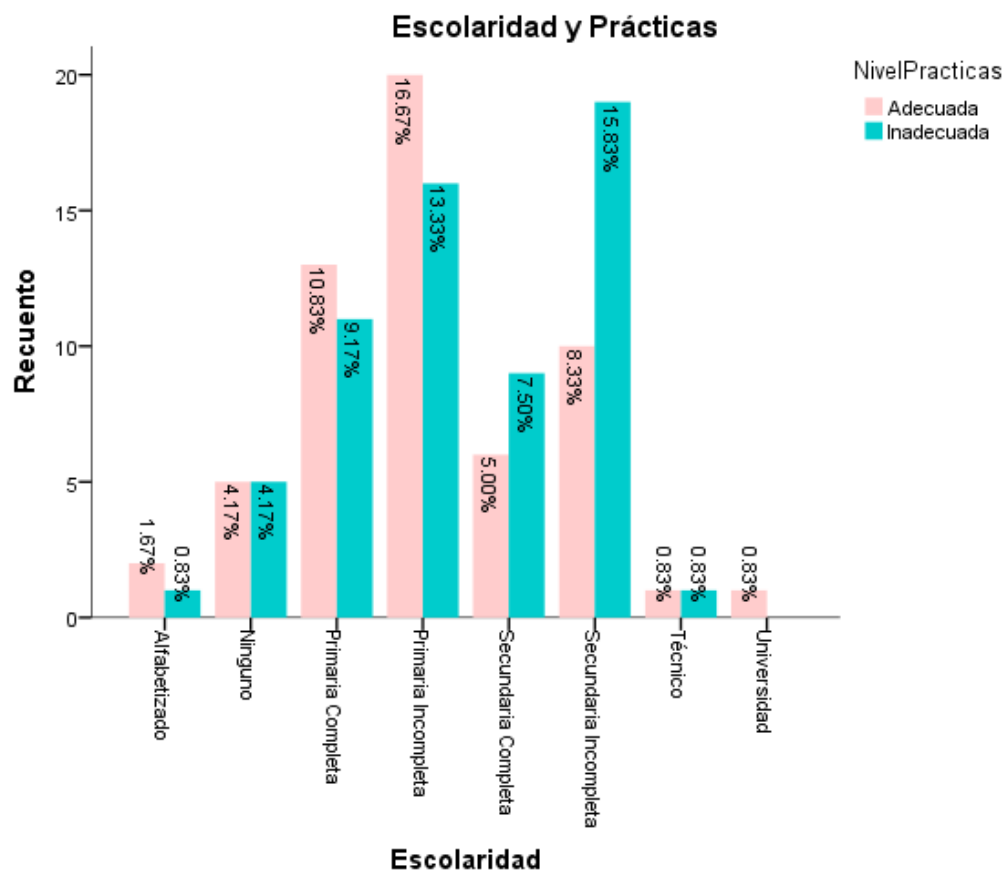
Escolaridad y Nivel de Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Escolaridad*Nivel Prácticas					
			Nivel Prácticas		Total
			Adecuada	Inadecuada	
Escolaridad	Alfabetizado	Recuento	2	1	3
		% del total	1.7%	0.8%	2.5%
	Ninguno	Recuento	5	5	10
		% del total	4.2%	4.2%	8.3%
	Primaria Completa	Recuento	13	11	24
		% del total	10.8%	9.2%	20.0%
	Primaria Incompleta	Recuento	20	16	36
		% del total	16.7%	13.3%	30.0%
	Secundaria Completa	Recuento	6	9	15
		% del total	5.0%	7.5%	12.5%
	Secundaria Incompleta	Recuento	10	19	29
		% del total	8.3%	15.8%	24.2%
	Técnico	Recuento	1	1	2
		% del total	0.8%	0.8%	1.7%
	Universidad	Recuento	1	0	1
		% del total	0.8%	0.0%	0.8%
Total		Recuento	58	62	120
		% del total	48.3%	51.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°24

Escolaridad y Nivel de Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°24

Tabla N°25

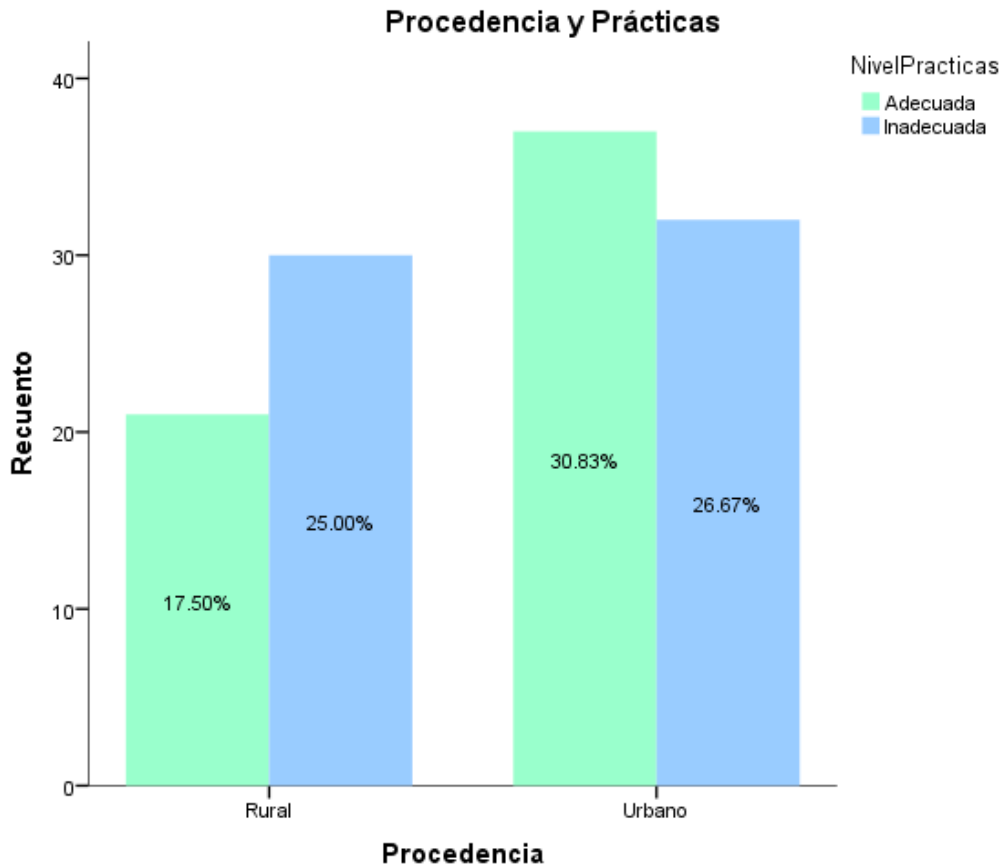
Procedencia y Nivel de Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Procedencia*Nivel Prácticas					
			Nivel Prácticas		Total
			Adecuada	Inadecuada	
Procedencia	Rural	Recuento	21	30	51
		% del total	17.5%	25.0%	42.5%
	Urbano	Recuento	37	32	69
		% del total	30.8%	26.7%	57.5%
Total		Recuento	58	62	120
		% del total	48.3%	51.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°25

Procedencia y Nivel de Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°25

Tabla N°26

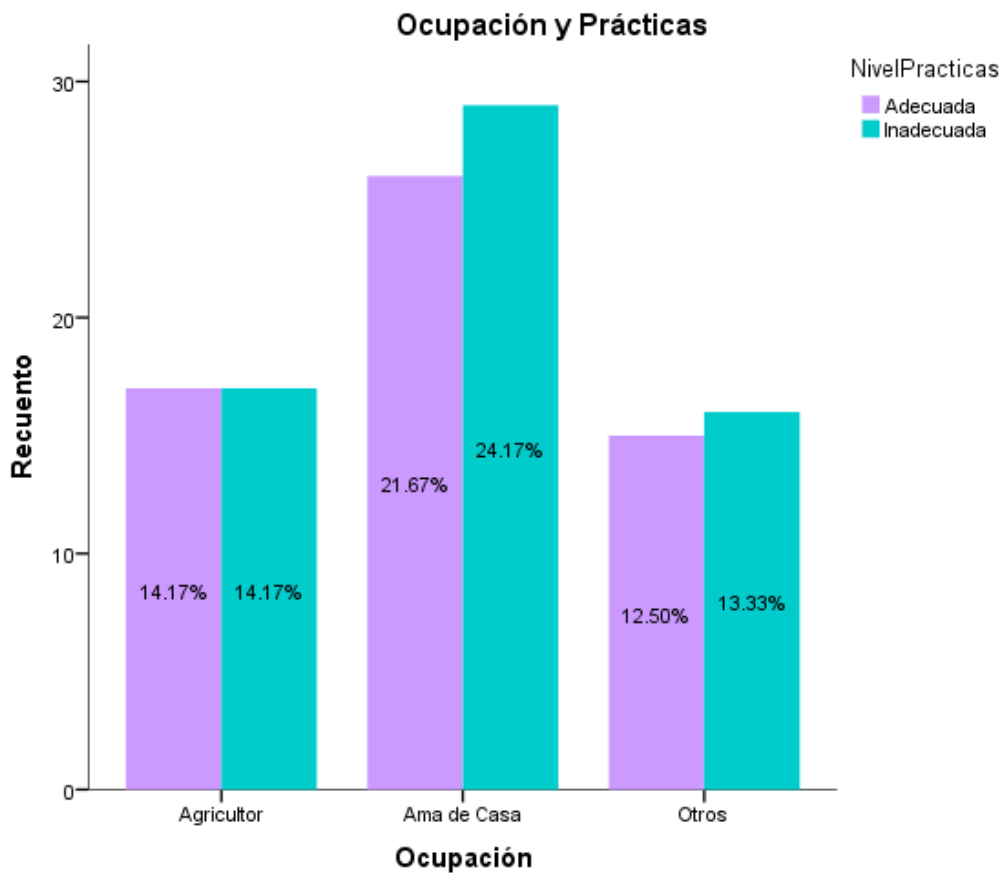
Ocupación y Nivel de Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Ocupación*Nivel Prácticas					
			Nivel Prácticas		Total
			Adecuada	Inadecuada	
Ocupación	Agricultor	Recuento	17	17	34
		% del total	14.2%	14.2%	28.3%
	Ama de Casa	Recuento	26	29	55
		% del total	21.7%	24.2%	45.8%
	Otros	Recuento	15	16	31
		% del total	12.5%	13.3%	25.8%
Total		Recuento	58	62	120
		% del total	48.3%	51.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°26

Ocupación y Nivel de Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°26

Tabla N°27

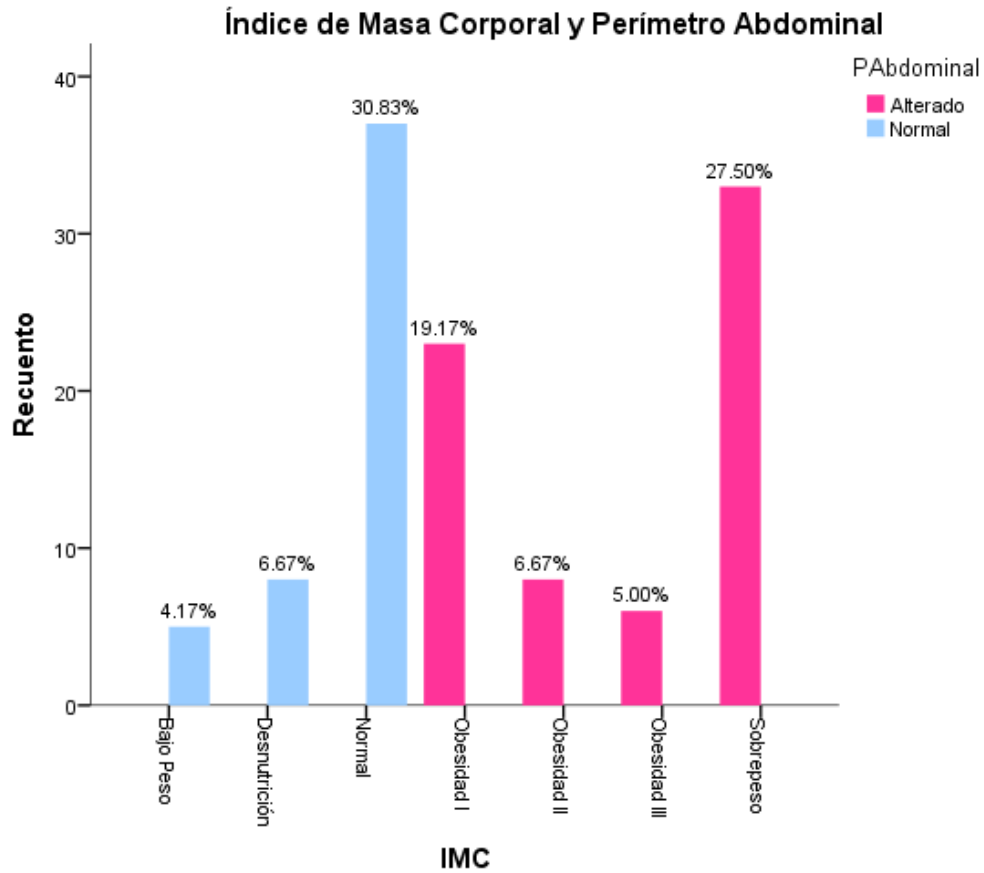
Índice de Masa Corporal y Perímetro Abdominal de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla cruzada IMC*Perímetro Abdominal					
			P. Abdominal		Total
			Alterado	Normal	
IMC	Bajo Peso	Recuento	0	5	5
		% del total	0.0%	4.2%	4.2%
	Desnutrición	Recuento	0	8	8
		% del total	0.0%	6.7%	6.7%
	Normal	Recuento	0	37	37
		% del total	0.0%	30.8%	30.8%
	Obesidad I	Recuento	23	0	23
		% del total	19.2%	0.0%	19.2%
	Obesidad II	Recuento	8	0	8
		% del total	6.7%	0.0%	6.7%
	Obesidad III	Recuento	6	0	6
		% del total	5.0%	0.0%	5.0%
	Sobrepeso	Recuento	33	0	33
		% del total	27.5%	0.0%	27.5%
Total		Recuento	70	50	120
		% del total	58.3%	41.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°27

Índice de Masa Corporal y Perímetro Abdominal de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°27

Tabla N°28

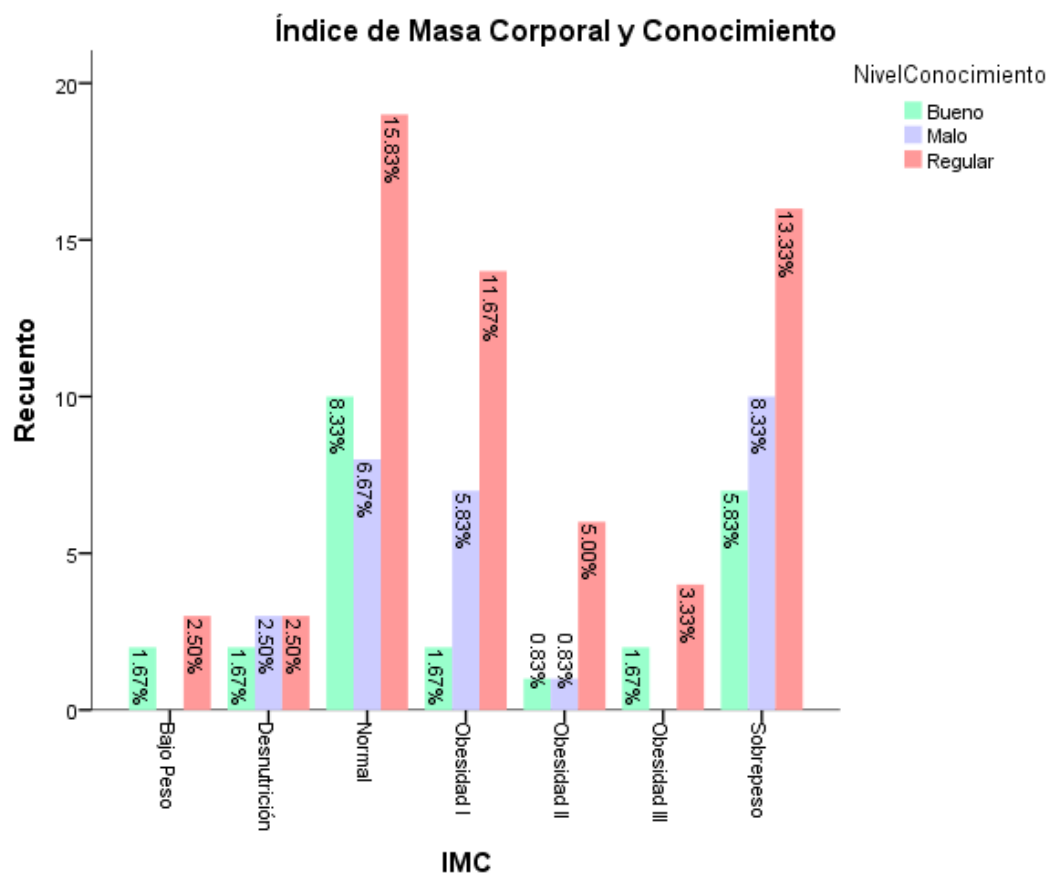
Índice de Masa Corporal y nivel de conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla IMC*Nivel Conocimiento						
			Nivel Conocimiento			Total
			Bueno	Malo	Regular	
IMC	Bajo Peso	Recuento	2	0	3	5
		% del total	1.7%	0.0%	2.5%	4.2%
	Desnutrición	Recuento	2	3	3	8
		% del total	1.7%	2.5%	2.5%	6.7%
	Normal	Recuento	10	8	19	37
		% del total	8.3%	6.7%	15.8%	30.8%
	Obesidad I	Recuento	2	7	14	23
		% del total	1.7%	5.8%	11.7%	19.2%
	Obesidad II	Recuento	1	1	6	8
		% del total	0.8%	0.8%	5.0%	6.7%
	Obesidad III	Recuento	2	0	4	6
		% del total	1.7%	0.0%	3.3%	5.0%
	Sobrepeso	Recuento	7	10	16	33
		% del total	5.8%	8.3%	13.3%	27.5%
Total		Recuento	26	29	65	120
		% del total	21.7%	24.2%	54.2%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°28

Índice de Masa Corporal y nivel de conocimiento de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°28

Tabla N°29

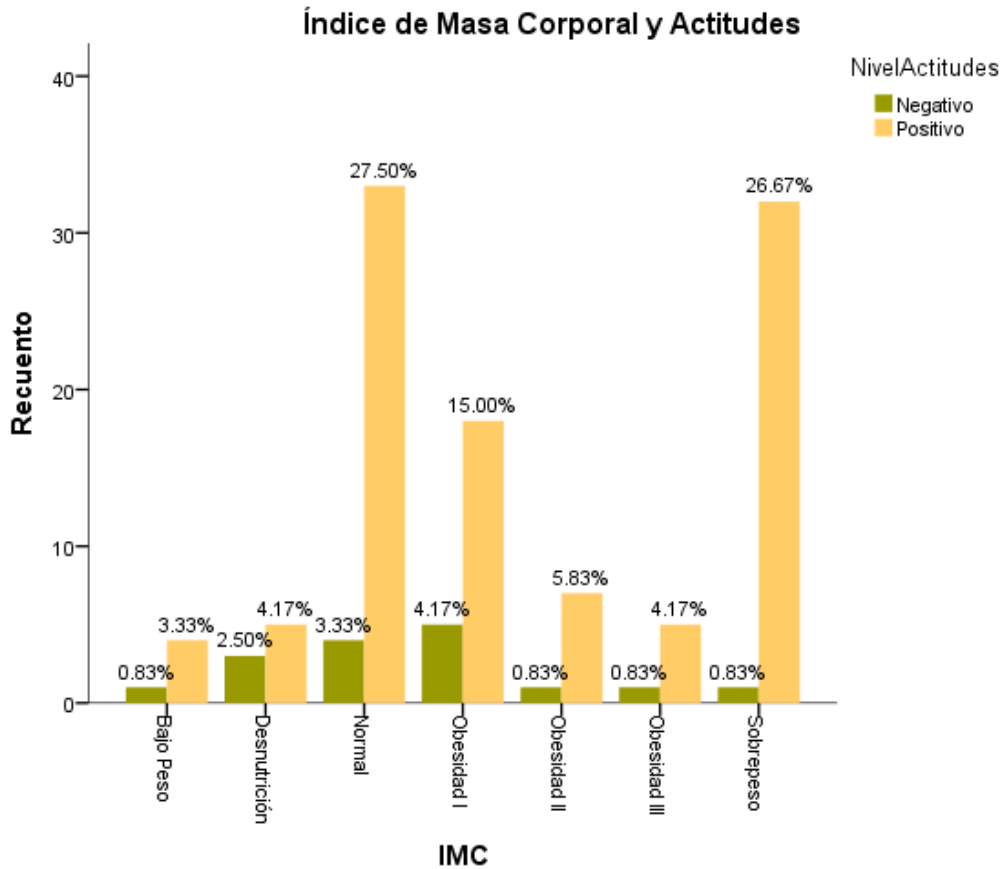
Índice de Masa Corporal y nivel de actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla IMC*Nivel Actitudes					
			Nivel Actitudes		Total
			Negativo	Positivo	
IMC	Bajo Peso	Recuento	1	4	5
		% del total	0.8%	3.3%	4.2%
	Desnutrición	Recuento	3	5	8
		% del total	2.5%	4.2%	6.7%
	Normal	Recuento	4	33	37
		% del total	3.3%	27.5%	30.8%
	Obesidad I	Recuento	5	18	23
		% del total	4.2%	15.0%	19.2%
	Obesidad II	Recuento	1	7	8
		% del total	0.8%	5.8%	6.7%
	Obesidad III	Recuento	1	5	6
		% del total	0.8%	4.2%	5.0%
	Sobrepeso	Recuento	1	32	33
		% del total	0.8%	26.7%	27.5%
Total		Recuento	16	104	120
		% del total	13.3%	86.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°29

Índice de Masa Corporal y nivel de actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°29

Tabla N°30

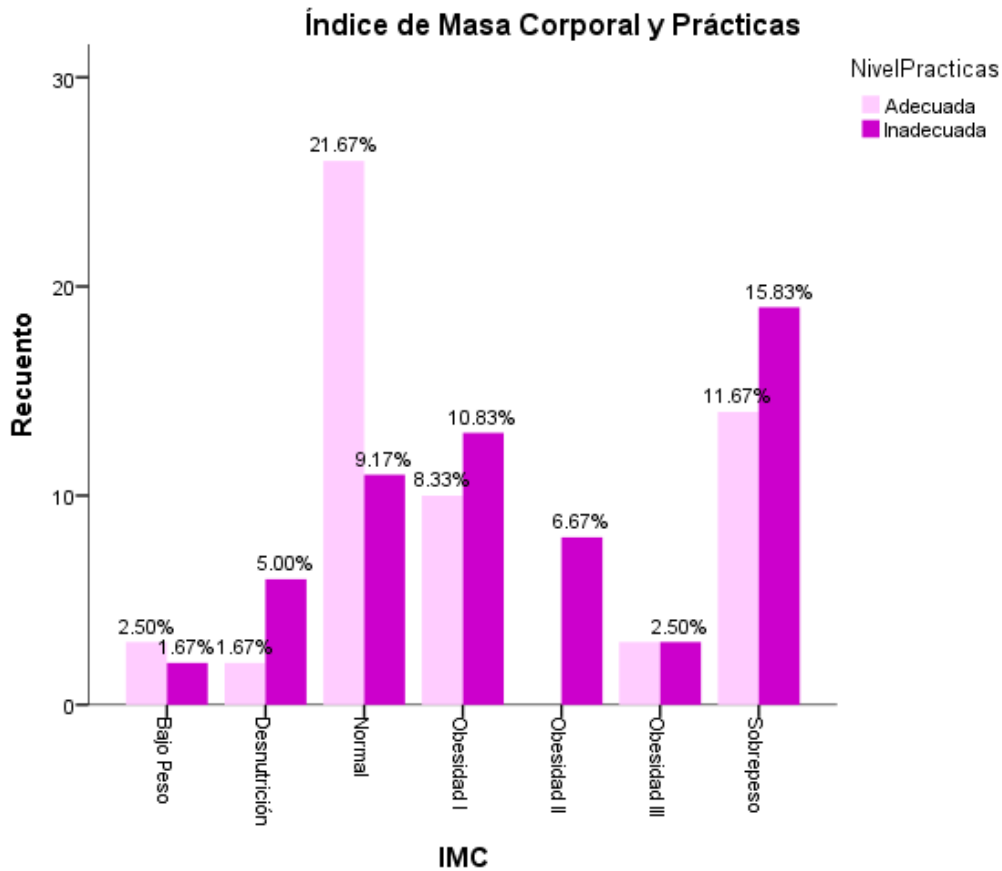
Índice de Masa Corporal y Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla IMC*Nivel Prácticas					
			Nivel Prácticas		Total
			Adecuada	Inadecuada	
IMC	Bajo Peso	Recuento	3	2	5
		% del total	2.5%	1.7%	4.2%
	Desnutrición	Recuento	2	6	8
		% del total	1.7%	5.0%	6.7%
	Normal	Recuento	26	11	37
		% del total	21.7%	9.2%	30.8%
	Obesidad I	Recuento	10	13	23
		% del total	8.3%	10.8%	19.2%
	Obesidad II	Recuento	0	8	8
		% del total	0.0%	6.7%	6.7%
	Obesidad III	Recuento	3	3	6
		% del total	2.5%	2.5%	5.0%
	Sobrepeso	Recuento	14	19	33
		% del total	11.7%	15.8%	27.5%
Total		Recuento	58	62	120
		% del total	48.3%	51.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°30

Índice de Masa Corporal y Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°30

Gráfico N°31

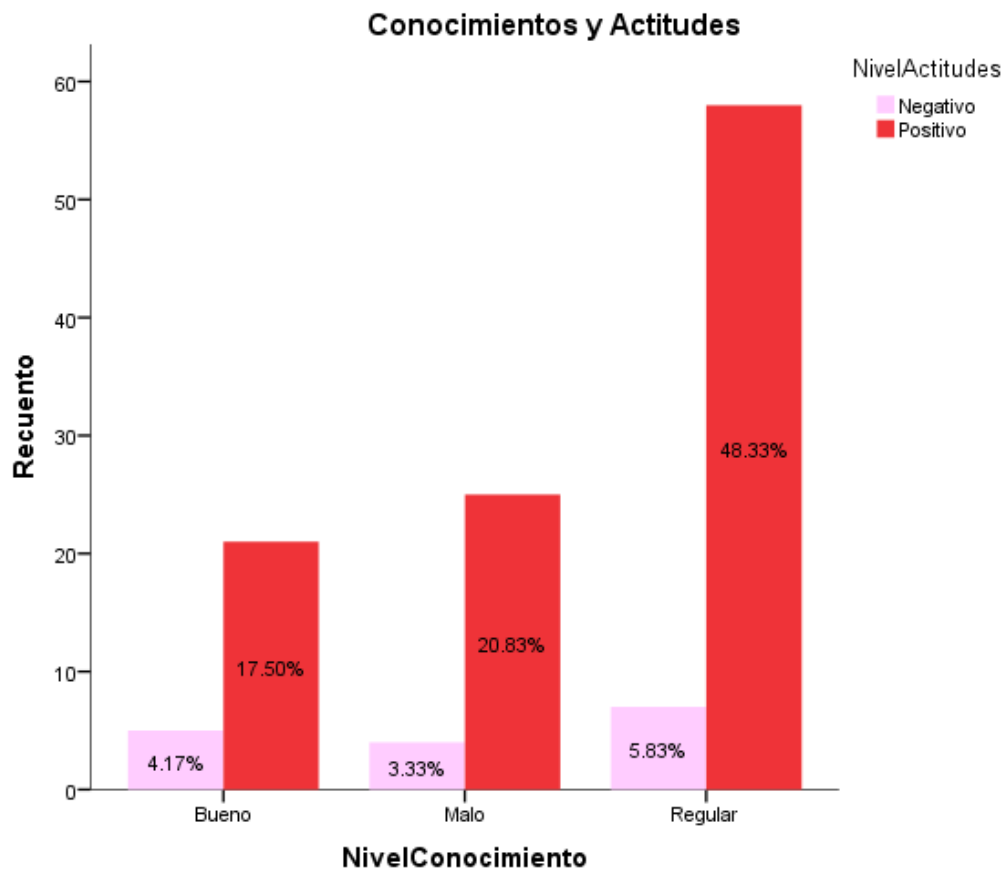
Nivel de Conocimientos y Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Nivel Conocimiento*Nivel Actitudes					
			Nivel Actitudes		Total
			Negativo	Positivo	
Nivel Conocimiento	Bueno	Recuento	5	21	26
		% del total	4.2%	17.5%	21.7%
	Malo	Recuento	4	25	29
		% del total	3.3%	20.8%	24.2%
	Regular	Recuento	7	58	65
		% del total	5.8%	48.3%	54.2%
Total		Recuento	16	104	120
		% del total	13.3%	86.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°31

Nivel de Conocimientos y Actitudes de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°31

Tabla N°32

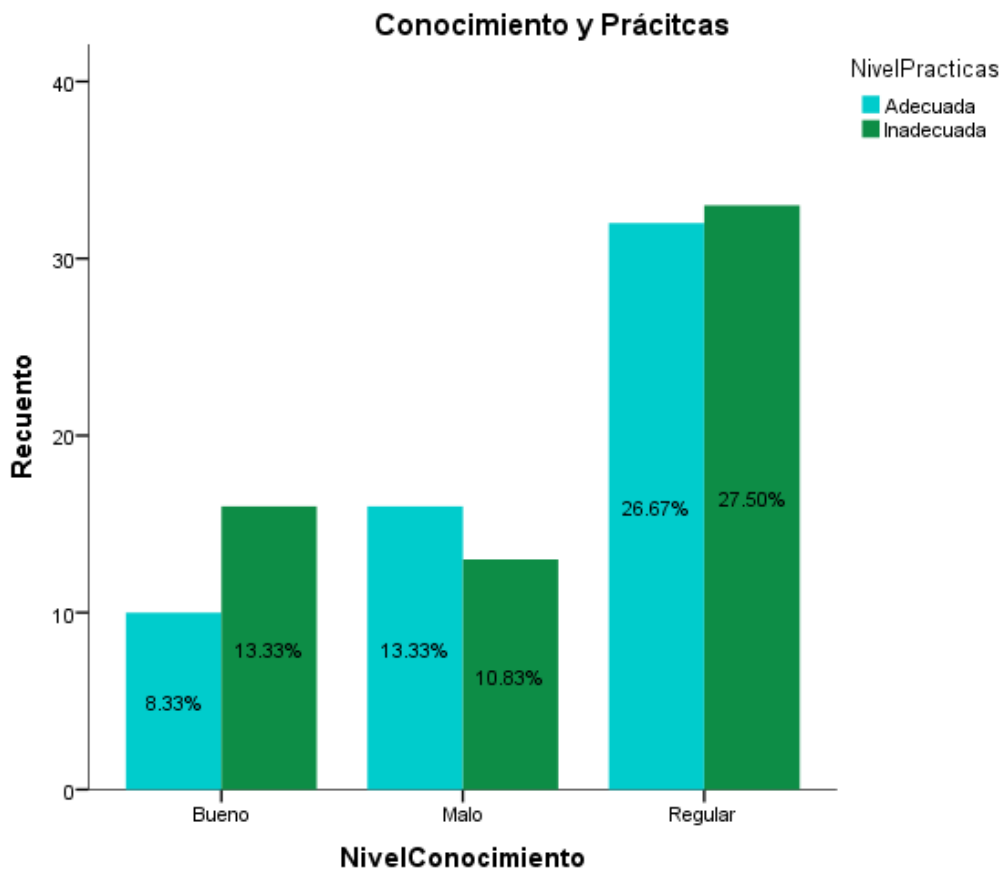
Nivel de Conocimientos y Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Nivel Conocimiento*Nivel Prácticas					
			Nivel Prácticas		Total
			Adecuada	Inadecuada	
Nivel Conocimiento	Bueno	Recuento	10	16	26
		% del total	8.3%	13.3%	21.7%
	Malo	Recuento	16	13	29
		% del total	13.3%	10.8%	24.2%
	Regular	Recuento	32	33	65
		% del total	26.7%	27.5%	54.2%
Total		Recuento	58	62	120
		% del total	48.3%	51.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°32

Nivel de Conocimientos y Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°32

Tabla N°33

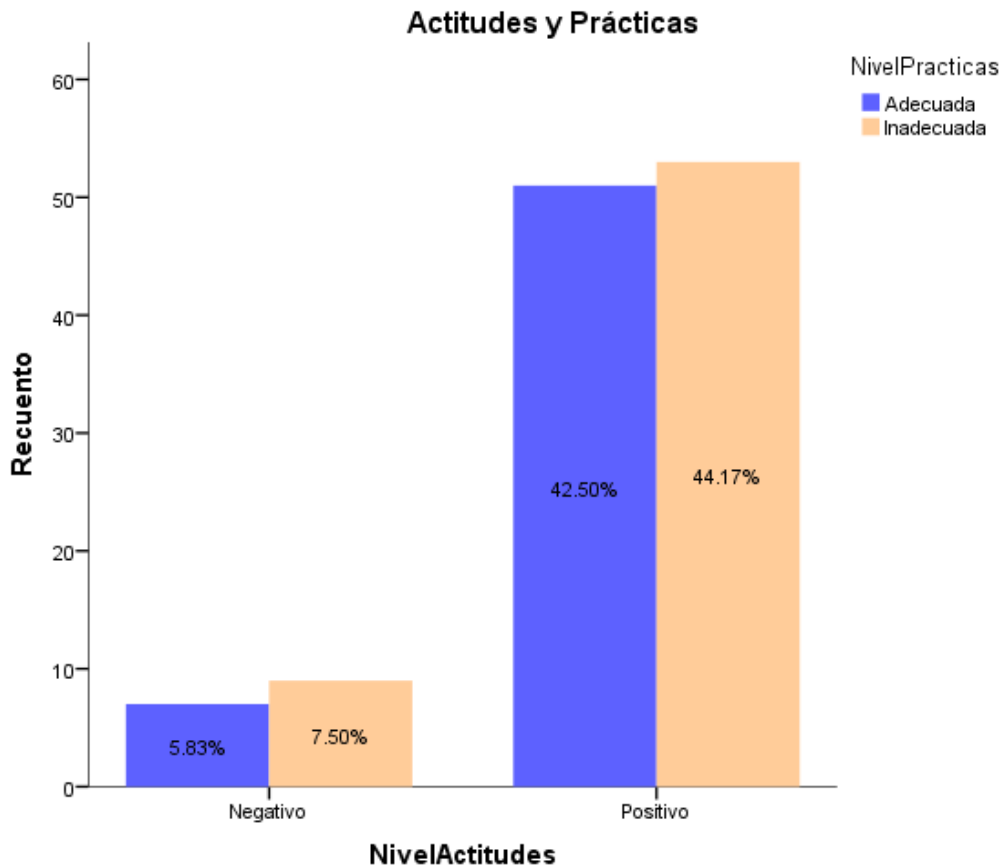
Actitudes y Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016

Tabla Nivel Actitudes*Nivel Prácticas					
			Nivel Prácticas		Total
			Adecuada	Inadecuada	
Nivel Actitudes	Negativo	Recuento	7	9	16
		% del total	5.8%	7.5%	13.3%
	Positivo	Recuento	51	53	104
		% del total	42.5%	44.2%	86.7%
Total		Recuento	58	62	120
		% del total	48.3%	51.7%	100.0%

Fuente: Encuesta realizadas a los usuarios que acuden a consulta general en el centro de salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016.

Gráfico N°33

Actitudes y Prácticas de los usuarios que acuden a consulta general en el Centro de Salud de Paiwas “Emiliano Pérez Obando” en el período de Noviembre 2016



Fuente: Tabla N°33